

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

O ENFRENTAMENTO DA **SÍFILIS**

EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019:
AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO



editora



redeunida

Mara Rejane Barroso Barcelos

ORGANIZADORA



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORA
MARA REJANE BARROSO BARCELOS

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

**O ENFRENTAMENTO
DA SÍFILIS**
EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019:
AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO

1ª Edição
Porto Alegre
2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo García Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Imagem Capa
Freepik

E56 BARCELOS, Mara Rejane Barroso

O Enfrentamento da sífilis em Vitória (ES) no quadriênio 2016-2019: avaliação para a gestão/ Organizadora: Mara Rejane Barroso Barcelos – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

198 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 40).

E-book: 5.35 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-088-8

DOI: 10.18310/9786554620888

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Vitória. 3. Sífilis. 4. Prevenção Primária.
I. Título. II. Assunto.

NLM WA 110

CDU 614.4

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



À minha família, presente em todos os momentos da minha vida, a
profunda gratidão por suportar minha ausência.

Eu sou aquela mulher
a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida
e não desistir da luta,
recomeçar na derrota,
renunciar a palavras
e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos
e ser otimista.

Cora Coralina

PREFÁCIO

O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019: AVALIAÇÃO PARA GESTÃO

O título do livro já nos anuncia desafios. O enfrentamento de uma doença secularmente estereotipada e associada a pobreza, a valores morais, e que deixa aflorar o machismo, os modos de gestão limitados e o racismo que estrutura a sociedade brasileira. Culminando no desvalor de um tipo particular de mulheres, conforme vamos identificando ao longo da obra.

A Sífilis é uma doença transmissível, que não atinge de forma homogênea todas as pessoas afetadas. Tem sido um dos mais crônicos problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O surgimento da Sífilis, tem sido situado por alguns autores no século XV, norteadas pelas desigualdades e, as diferenças ancoradas nas condições de classe, gênero e de raça. Marcadores que se aprofundam em países, acentuadamente, desiguais a exemplo do Brasil e o cenário do Espírito Santo, ratifica essa realidade e tão bem atestado pela autora nas argumentações e considerações, presentes nesse manuscrito.

O brilhantismo do texto da Mara, nos permite com toda certeza ir reconstruindo histórias, inovações e descobertas científicas, fundamentais ao tratamento dessa doença e a condução das doenças infecto contagiosas no Brasil. Todo esse esforço, lamentavelmente, não tem significado que a condução e gestão pelo setor saúde e outras áreas da sociedade atuem interligadas e igualmente para todas (os) no e para o enfrentamento e a definitiva erradicação da doença, suas causas, consequências e determinações para todos que são afetados.

Conforme vamos identificando ao longo do texto, a história natural da doença permite afirmar que a sífilis não afeta todas as pessoas da mesma forma. Existem fatores sociais, particularmente os afetos aos aspectos econômicos, culturais, religiosos e a estrutura preconceituosa e racista do Estado brasileiro dentre outros, que influenciam a exposição, a vulnerabilidade e o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença.

Esses fatores são determinantes na produção e acentuação das desigualdades, iniquidades e vulnerabilidades, impostas aos grupos populacionais submetidos a essas situações e mais, severamente atingidos por condições de vidas precárias e mais susceptíveis pela falta de informação, a baixa escolaridade e as violências. Assim, como as distintas formas de discriminação e racismo estrutural/institucional, que atravessam a conformação de nossa sociedade desde sempre.

A esse segmento da população, majoritariamente dependente de políticas e sistemas públicos, não tem sido dada a oportunidade de se beneficiar, por exemplo, da plenitude do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme almejado pelo movimento da reforma sanitária, na consecução das diretrizes da universalidade, da resolutividade, da equidade, da integralidade das ações e linhas de cuidados ofertados aos usuários e famílias. Infelizmente, o SUS pelo próprio desfinanciamento, os interesses em disputa, ainda não alcançou o patamar desejado para que se atinja o SUS inscrito na constituição e tão bravamente defendido pelo movimento social, pelos trabalhadores de saúde e diferentes segmentos da sociedade nas décadas de 70/80. Impedindo, assim, que no cotidiano, o SUS seja efetivamente universal e igual para todos e todas, produzindo uma universalidade excludente ou mesmo vista na perspectiva interseccional, produzindo o que Patrícia Collins, denomina de “Cidadania invisível”.

Consequentemente, mesmo com os esforços e estratégias empreendidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória, com o Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis (Vitória-ES), a Sífilis se mantém como um importante agravo de saúde pública, conforme identificado por esse e outros estudos; inclusive, devido ao não acesso aos serviços de saúde qualificados, capacitados e resolutivos no enfrentamento de adoecimentos com essas características.

A escrita e reflexões de Mara, vão nos conduzindo ao reconhecimento da importância e necessidade de publicizar produções com o teor do livro, impondo a necessidade de estimular pesquisadores, estudantes, professores, gestores e trabalhadores de saúde, no sentido de se ampliar estudos com essa problemática, acatar e construir olhares mais solidários, acolhedores e comprometidos no enfrentamento das causas e consequências do problema, seja, nas estratégias institucionais no enfrentamento do racismo, seja na persistência e nos

mecanismos para a superação das desigualdades que acometem as populações mais sujeitas as diversas formas de adoecimento.

No que diz respeito a Sífilis e os determinantes que a marcam como uma doença secular, ser ainda um relevante problema de saúde, revela uma realidade inaceitável, pois embora todo o progresso, inovações, tecnologias e evolução científica, a mesma continua como um relevante problema de saúde pública, impregnado de estereótipos, preconceitos e cujos marcadores são atravessados pelas diferentes formas das desigualdades que tem estruturado a sociedade brasileira-capixaba.

Não, por acaso, a sífilis é uma doença que reflete muitas contradições em decorrência das desigualdades, iniquidades e falta de equidade persistentes na população mais vulnerável. A doença continua sendo marcada e representada por situações associadas a cor/raça, gênero, escolaridade e classe social. Assim, como culpabilizando e muitas vezes responsabilizado as mulheres pela doença, pelo tratamento unilateral e pelas soluções para a resolução do problema, sendo essas mulheres, via de regra, negras, de baixa escolaridade, desempregadas ou subempregadas, desinformadas e sujeitas as várias formas de descuido e abandono seja pelo Estado, seja pelos seus parceiros masculinos.

Dessa forma, a doença sífilis, persiste como uma doença que reflete as diferenças e os variados entrecruzamentos interseccionalizados na permanência do racismo estrutural/ institucional e das violências existentes na sociedade, que adoecem mais a mulher negra, na comparação com a mulher branca. Para o enfrentamento dos desafios, apontados pela autora é preciso reconhecer e combater os determinantes sociais que favorecem a disseminação da doença, sendo necessário garantir o real acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, que devem oferecer diagnóstico precoce, tratamento adequado e orientação para a prevenção da sífilis, assim como melhoria das condições de vida.

Além disso é essencial valorizar a vida dos trabalhadores que cuidam dessas pessoas. Necessário se faz, desprecarizar e valorizar os processos e vínculos de trabalho, pois, como nos diria Gal Costa na música Divino Maravilhoso: “é preciso estar atento e forte”, para as questões postas pelos trabalhadores, ou seja, os enfrentamentos aos problemas de saúde da população, vão além da cura das doenças. Há que se cuidar, capacitar e respeitar o trabalho, a vida e as trabalhadoras

e os trabalhadores de saúde, para que se sintam parte da solução e valorizados no seu fazer e na sua cidadania.

Esse é um livro necessário ao campo da Saúde Coletiva. Ele é indispensável a reconstrução do SUS, a recriação do protagonismo dos trabalhadores e usuários, a implementação de políticas públicas que venham ao encontro das necessidades das populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade, a exemplo do perfil da maioria das mulheres portadoras de sífilis. Assim, como venha ao encontro das necessidades da sociedade brasileira de forma geral, tão destruída que foi pelos passos errantes, negligentes e negacionistas na condução das políticas públicas nos tempos recentes e, no enfrentamento da pandemia e outros agravos como a Sífilis, que bem retrata esse cenário a ser reconstruído.

Portanto, só mesmo a Mara, com sua fé, teimosia, compromisso e persistência para dar conta dessa empreitada, se desviando com elegância dos obstáculos, das pedras no caminho. Credito essa postura aos que conjugam e vivem o verbo esperar. Pois, creem e tem a coragem, que nos convoca Guimarães Rosa, ou seja: “a vida quer da gente coragem”. Mara é determinação, é coragem! Foi preciso ter coragem para enfrentar os muitos desafios. Sempre evitou os caminhos mais fáceis para produzir a tese, que ratificou seu lugar acadêmico de doutora, seja no fôlego para organizar o livro, seja para enfrentar os desafios de ser e viver mulher numa sociedade que nem sempre valoriza essa condição.

Agradeço a honra do convite para prefaciar o livro, mas, também pelos afetos e carinho. Finalizando, convido a leitura do livro e a constatar a implicação e compromisso da autora, que nos presenteia com uma obra tão importante e necessária ao cuidado humano, à superação das desigualdades e, a defesa da vida, fundada numa cidadania inclusiva e visível para toda população brasileira/capixaba.

Boa leitura!

Rita de Cássia Duarte Lima

Professora Permanente (Voluntária) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES. Fundadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC).

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| APRESENTAÇÃO O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019: AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO | 17 |
| CAPÍTULO 1 TRATA DA TESE..... | 19 |
| CAPÍTULO 2 SÍFILIS GESTACIONAL: ANÁLISE DOS CASOS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO NO QUADRIÊNIO 2016 A 2019, EM VITÓRIA (ES) | 78 |
| CAPÍTULO 3 SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E EVENTO SENTINELA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO BINÔMIO MÃE/RECÉM-NASCIDO | 95 |
| CAPÍTULO 4 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO PERÍODO DE 2016 A 2019, NUMA CAPITAL DO SUDESTE BRASILEIRO | 113 |
| CAPÍTULO 5 O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019: AVALIAÇÃO QUALITATIVA PARA A GESTÃO..... | 130 |
| CAPÍTULO 6 MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS | 149 |
| INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS..... | 176 |
| INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS PARA GRUPOS FOCAIS | 181 |
| RELATÓRIO PARA A GESTÃO..... | 186 |
| SOBRE A AUTORA | 198 |

APRESENTAÇÃO

O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019: AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO

A obra é decorrente de um estudo que teve por objetivos avaliar as ações realizadas para o enfrentamento da sífilis em gestantes, sífilis adquirida e sífilis congênita em Vitória, no citado quadriênio, e descrever as facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento na percepção dos profissionais de saúde e dos gestores.

O estudo de avaliação para a gestão descritivo, se utilizou da abordagem quanti-qualitativa, com realização de análise documental, extração de informações dos sistemas de informação em saúde e realização de entrevistas e grupos focais a gestores e profissionais de saúde com atuação no município de Vitória, no quadriênio 2016 a 2019.

Os resultados conduziram à avaliação do Plano de Enfrentamento da Sífilis no município de Vitória (ES) no quadriênio 2016 a 2019, contribuindo para melhor conhecimento do problema, além de proporcionar oportunidade de elaboração de novas ações que visem melhorar a atenção pré-natal e, conseqüentemente, a prevenção da transmissão vertical (TV) da sífilis, assim como evidenciar as lacunas ainda existentes no enfrentamento da sífilis, permitindo à gestão do setor saúde, acesso a um conhecimento científico orientador de decisão.

O estudo concluiu que, no município de Vitória, no quadriênio 2016-2019, embora a taxa de detecção de sífilis em gestantes tenha sido ascendente, houve aumento no percentual de captação precoce, na cobertura do pré-natal e no monitoramento da gestante, evidenciando melhorias no enfrentamento da sífilis nesse segmento da população. Além disso, o município de Vitória apresentou significativa redução do número de casos de sífilis congênita e da taxa de incidência dessa doença, com melhorias no indicador de seguimento da sífilis congênita.

No que diz respeito ao enfrentamento da sífilis adquirida, Vitória apresentou percentual de tratamento adequado, ao longo de todo o quadriênio 2016-2019, de

90,08%, com aumento a cada ano. No entanto, o percentual de monitoramento, segundo o Ministério da Saúde (MS), nesse período, foi de 35,71%. Embora tenha apresentado melhoria no ano de 2019 (38,20%), ainda se encontra distante do almejado, significando um desafio para o serviço de saúde e a gestão.

Quanto à realização das ações para o enfrentamento da sífilis, na percepção de gestores e profissionais de saúde, foram consideradas como facilidades: a disponibilidade de teste rápido na demanda espontânea e suspeita de gravidez; a disponibilidade de insumos de prevenção (dentre esses, material informativo, preservativos e gel lubrificante); o sistema informatizado que disponibiliza o registro de informações, incluindo ficha de notificação, extração de relatórios e monitoramento; a atuação dos agentes comunitários de saúde na captação precoce da gestante; a realização de visitas no território, na área de domicílio; e a agenda disponível para a realização do monitoramento pós-tratamento.

Apontaram-se como dificuldades: insuficiência de recursos humanos em relação à demanda de trabalho; defasagem de pediatras na rede; preenchimento das informações pelos profissionais (melhorias no registro); necessidade de deixar as equipes completas; não retorno de informações dos hospitais relativos aos casos de sífilis congênita; tratamento do parceiro; medo do tratamento; dificuldade de busca ativa em pessoas em situação de rua; conseguir que o recém-nascido com sífilis congênita venha à unidade para seguimento; desatualização do cadastro e telefones de contato.

Foram consideradas contribuições das ações do plano de enfrentamento: o acompanhamento do pré-natal com consultas e aumento de testes; a informação dos resultados do VDRL pelo laboratório para todas as unidades; a diminuição da disseminação da doença; a existência de um grupo condutor das ações de enfrentamento; a disponibilidade de informação entre referências técnicas e as unidades por meio do aplicativo *WhatsApp*; a atuação das referências da sífilis em nível local; a intensificação da notificação dos casos; a ajuda dos protocolos clínicos; evitar a transmissão da doença na gestação; evitar que a criança nasça com problemas; evitar a internação do bebê; evitar complicações para a criança no futuro; conseguir reduzir os índices da sífilis; conseguir tratar, monitorar e diminuir a disseminação da sífilis.

Mara Rejane Barroso Barcelos

CAPÍTULO 1

TRATA DA TESE APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Esta pesquisa tem como tema “O enfrentamento da sífilis no município de Vitória (ES)” tendo como objeto de estudo a “avaliação da sífilis”. A aproximação com a temática da sífilis se deu em 1993, quando iniciei meu trabalho como médica na Atenção Primária em Saúde no município de Vitória. Na época, trabalhava na Unidade Básica de Saúde Fonte Grande, localizada na Região Centro de Vitória, onde atendia o pré-natal e tinha no meu leque de atuação as funções de detectar, tratar e monitorar os casos de sífilis em gestantes.

Tive a oportunidade de presenciar a mudança do Modelo de Saúde de Vitória tendo uma nova vivência na Assistência, como médica do Programa Saúde da Família na USF Bairro da Penha, passando a ter na minha linha de atuação o cuidado, não apenas com a gestante e sua parceria, mas com os recém-nascidos, incorporando um papel mais amplo na assistência e adquirindo uma experiência maior no manejo da sífilis.

Na fase que se seguiu, atuei na Rede Municipal de Saúde como Educadora Permanente do PSF de Vitória (ES), quando tive a oportunidade de participar do treinamento em serviço dos primeiros médicos de família na Região Maruípe, período no qual manejo da sífilis continuava a permear meu cotidiano de trabalho, num contexto de ensino em serviço.

De 2003 a 2005 desenvolvi na Unidade de Saúde de Consolação (Região Maruípe) a pesquisa de mestrado intitulada “Infecções genitais em mulheres atendidas em unidade básica de saúde: prevalência e fatores de risco”, na qual a sífilis foi uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) pesquisadas, me aproximando mais do referencial teórico da doença.

A partir do mestrado passei a trabalhar na Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde, atualmente Escola Técnica e Formação Profissional

de Saúde (ETSUS-Vitória), com processos de integração ensino-serviço-comunidade, onde participava da elaboração de treinamentos, dentre eles as capacitações, incluindo aquelas relacionadas às IST, além da organização de normas e implementação de estágio e pesquisa no município de Vitória.

A partir de 2009, comecei a participar do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC), quando passei a me aproximar do Campo da Avaliação em Saúde.

Paralelamente às atividades como servidora pública municipal, fui desenvolvendo um interesse maior pela Saúde Coletiva o que me motivou à realização da Especialização em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) entre 2009 e 2010, quando no TCC eu abordei o tema “A evolução da Estratégia Saúde da Família no município de Vitória”.

Em 2010, passei a incorporar o quadro de docentes do Curso de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), quando continuei ministrando aulas teóricas e práticas na temática da sífilis.

A partir de 2011, passei a trabalhar no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, na Coordenação de Vigilância em Epidemiológica, onde atuei como Referência Técnica em Sífilis, me aproximando também do objeto de estudo avaliação da sífilis.

Entre 2011 e 2012, realizei a Especialização em Epidemiologia Aplicada à Gestão dos Serviços de Saúde, quando elaborei o TCC intitulado “Sífilis em gestantes: relato de série de casos”.

A experiência como Referência Técnica em Sífilis, participação no Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica (COPEMI-TV) e Grupo de Trabalho em Sífilis me estimulou, ainda mais, a estudar o Plano de Enfrentamento da Sífilis em Vitória, com particular interesse na avaliação do mesmo, ao longo do quadriênio 2016-2019.

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima a ocorrência de aproximadamente um milhão de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) por dia, entre clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis (BRASIL, 2018b).

Por duas décadas, a incidência de ISTs tem aumentado na Europa, sendo a sífilis a terceira em frequência com 5,4 casos/100.000 habitantes (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2015).

A sífilis é uma doença milenar, que vem se mantendo como um grande problema de saúde pública no mundo (CARDOSO et al., 2018). É uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais frequentes, com cerca de 6 milhões de novos casos a cada ano (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION [PAHO], 2019a). Segundo estimativas da OMS, ocorreram 10,6 milhões de casos novos de sífilis, dentre 498,9 milhões de novos casos de IST em todo o mundo no ano de 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2012). Esse ressurgimento apesar da disponibilidade de antibióticos é impressionante em países ocidentais de alta renda, como a Suíça, o Reino Unido e os EUA (ARORA et al., 2016).

Durante o período de 2010 a 2016, um total de 578 infecções por sífilis foram notificadas entre mulheres grávidas de 15 a 44 anos em Nova York. Entre essas 68 mães tiveram casos de sífilis congênita (SC), 21 (30,9%) não receberam atendimento pré-natal ou teste de sífilis com 45 dias ou mais de antecedência do parto. Dessas mulheres, 16 (76,2%) documentaram obstáculos ao acesso aos serviços de saúde, como uso de substâncias, transtornos mentais, chegada recente nos Estados Unidos da América (EUA) ou habitação instável, cinco mulheres (23,8%) citaram a falta de cobertura de saúde como um motivo para não procurar atendimento pré-natal (SMOCK et al., 2017).

Desde 2010, os países da América Latina e do Caribe têm trabalhado para eliminar a transmissão de mãe para filho do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis, como problemas de saúde pública, por meio da Estratégia para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil (ETMI) do HIV e da Sífilis Congênita, coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (PAHO, 2019a). Apesar de uma diminuição entre 2012 e 2016, o número de mulheres e bebês afetados pela doença permanece inaceitavelmente alto (PAHO, 2019b).

Pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde sobre políticas e práticas de teste de sífilis nas Américas concluiu que muitos laboratórios clínicos de referência nas Américas enfrentam desafios na realização de testes de sífilis adequados e na garantia da qualidade dos testes (TRINH et al., 2017). Segundo a United States Preventive Services Task Force - USPSTF (2016), os possíveis danos

da triagem incluem resultados falso-positivos que requerem avaliação clínica, ansiedade desnecessária ao paciente e o estigma em potencial de ter uma infecção sexualmente transmissível.

A África Subsaariana é responsável por 63% da carga global de sífilis materna (PEREZ; MAYAUD, 2019). Dentre os países em desenvolvimento, estima-se que 2,7% (0,1–10,3%) das mulheres grávidas na África Subsaariana sejam infectadas com sífilis, representando mais de 900.000 gravidezes em risco a cada ano (WHO, 2014).

Muitos estudos têm abordado o ressurgimento da sífilis, particularmente em populações específicas, especialmente em comunidades de homens que fazem sexo com homens (HSH) em muitas partes do mundo (AMSALU; FEREDÉ; ASSEGU, 2017; ARORA et al., 2016; FERNANDES et al., 2015).

A sífilis é considerada como uma doença sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, uma das mais antigas e mais conhecidas doenças, cujo tratamento é disponível e eficiente (ALMEIDA et al., 2017). Causa lesão genital ulcerativa que aumenta a aquisição e a transmissão sexual da infecção pelo HIV (AMSALU; FEREDÉ; ASSEGU, 2018). A transmissão vertical da sífilis pode ser antenatal, perinatal ou pós-natal. As infecções fetais antenatais são as principais causas de morbidade e mortalidade global (ARORA et al., 2017).

A prevalência global estimada de sífilis materna em 2016 foi de 0,69% resultando em uma taxa global de sífilis congênita (SC) de 473 por 100.000 nascidos vivos e um total de 661.000 casos de SC, incluindo 355.000 desfechos adversos ao nascimento (ABO) e 306.000 lactentes sem sinais clínicos nascidos de mães não tratadas), com 143.000 óbitos fetais e natimortos, 61.000 óbitos neonatais, 41.000 prematuros ou com baixo peso (KORENROMP et al., 2019).

Diversos fatores podem se associar ao aumento da prevalência de sífilis entre gestantes. Estudo realizado na Etiópia, um dos três países da África Subsaariana com maior número de eventos adversos pós-gestacionais, mostrou que a soroprevalência da sífilis aumentou com o aumento da idade, com a maior taxa na faixa etária ≥ 30 anos (5,9%), aumentou com o período gestacional, com pico no terceiro trimestre (6,1%) e também nas mulheres ocupacionalmente trabalhadoras de saúde (10,5%), seguidas pelas donas de casa (6,1%), residentes rurais (6,3%), não coabitando com o parceiro (8,5%), múltiparas (5,4%), que tiveram mais de uma consulta de CPN (5,9%), com múltiplos parceiros sexuais

(8,9%), com histórico de parto domiciliar (6,3%) e nas mulheres HIV positivas (21,6%) (AMSALU; FEREDÉ; ASSEGU, 2018).

Apesar do fato de que a sífilis na gravidez seja relativamente simples e barata de diagnosticar e tratar com a penicilina, há uma carga considerável de mortalidade associada à sífilis materna e congênita não tratadas (BENNANI et al., 2017). A sífilis não tratada durante a gravidez pode causar aborto espontâneo, morte fetal e morte prematura infantil, podendo a transmissão para o feto ocorrer em qualquer fase da infecção materna, sendo mais provável durante a sífilis primária e secundária, com taxas de transmissão de até 100% nesses estágios (SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018).

O Brasil tem uma prevalência de sífilis de 0,85% (PAHO, 2015) e é signatário de compromissos internacionais para eliminação da sífilis congênita desde 1992. No entanto, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública em 2016 e sua transmissão vertical é prevista no Plano Plurianual (PPA) como prioridade. O combate à sífilis faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, Distrito Federal e municípios. Na última década, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, por melhoria do sistema de vigilância e ampliação da utilização de testes rápidos (BRASIL, 2018b).

Segundo dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), embora a oferta de teste rápido de sífilis esteja sendo crescente, sua utilização e cobertura na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda não têm sido satisfatórias. Além disso, a sífilis adquirida vem atingindo os segmentos mais jovens da população, principalmente homens, requerendo promoção de saúde integral do homem, por meio de estratégias intersetoriais, incluindo ações de prevenção nas escolas e nas redes de interação juvenil (BRASIL, 2018b).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV), recomenda a instituição de Comitês de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical em regiões, estados e municípios que possuam elevados números de casos de sífilis congênita, com o objetivo de identificar as falhas que levam à transmissão vertical e propor medidas resolutivas na prevenção, diagnóstico, assistência tratamento

e vigilância da sífilis. Além disso, cada município deve avaliar sua capacidade de implementar o Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para conduzir a discussão de casos de transmissão vertical (BRASIL, 2018b).

Estudo ecológico realizado em municípios com população maior que 20.000 habitantes e cobertura da Atenção Básica superior a 50%, cuja maioria das equipes foi avaliada pelo PMAQ-AB, concluiu que municípios com redução da transmissão vertical possuíam maiores medianas dos percentuais de equipes com oferta de testes rápidos e realização de tratamento com penicilina (FIGUEIREDO et al., 2020).

O estado do Espírito Santo (ES), no período de 2010 a 2017 foi um dos nove estados com maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes do Brasil e em 2017 esteve entre os 11 estados que apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional. O município de Vitória (ES), no período de 2010 a 2017 esteve entre as 14 capitais com taxas de detecção superiores à do Brasil e em 2017 esteve entre as 17 capitais com taxas de incidência de sífilis congênita superiores à do Brasil (BRASIL, 2018b).

O município é o principal espaço para implementar as políticas de saúde, a partir da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise das políticas de saúde deve valorizar os processos e os sujeitos, que são os portadores de saber e poder, envolvidos na construção da ação política, que produzem efeitos para a sociedade (DALFIOR et al., 2015a).

Na visão de Dalfior e colaboradores (2015b), os estudos sobre análises de políticas públicas têm direcionado o seu foco especialmente para as etapas de formulação das mesmas, em especial à definição da agenda política, enquanto a avaliação das políticas públicas, tem se dedicado especialmente à aferição dos resultados alcançados, com base nas metas preestabelecidas, sugerindo, então, que seja buscada uma visão ampliada do processo de implementação dessas políticas públicas. Esses autores analisaram o processo de implementação de uma política pública do município de Venda Nova do Imigrante (ES), tendo como foco de análise os determinantes da política institucional (estratégia, estrutura, decisão e identidade) abordados por Strategor (2000), identificando nesse processo questões que possibilitaram o seu resultado satisfatório, assim como o potencial de influenciar outras experiências semelhantes (DALFIOR et al., 2016).

Considera-se que a implementação de políticas públicas ocorre por meio de sua tradução em programas, projetos e planos que orientarão a sua condução (SILVA; MELO, 2000).

No que diz respeito à política municipal de saúde para o enfrentamento da sífilis, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, construiu o Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis como ferramenta de gestão no SUS no ano de 2011. Em 2016, quando a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil pelo Ministério da Saúde, o município de Vitória fortaleceu as diretrizes do enfrentamento da doença, quando passou a adotar o Plano de Enfrentamento “Vitória contra a Sífilis” (VITÓRIA, 2016).

JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO

A sífilis continua sendo uma doença persistente no mundo, cujo controle é desafiador (SPITERI et al., 2019).

Sabendo-se que o controle da sífilis depende de vontade política de gestores, no sentido de lutar pela melhoria da qualidade da atenção à gestante, prover a ampliação do acesso ao diagnóstico da população geral e das populações-chave, estabelecimento de parcerias de base comunitária e viabilizar a administração de penicilina benzatina na atenção básica, cada município deve planejar e executar ações que resultem em aprimoramento gradativo do enfrentamento da doença (BRASIL, 2018b).

Desde 2011, a gestão municipal de Vitória mobilizou toda a rede num processo de discussão do problema e planejamento de ações para o enfrentamento da sífilis. Nesse mesmo período, um plano de enfrentamento foi colocado em prática e, desde então, suas diretrizes vêm sendo aplicadas.

O plano de enfrentamento de 2011 era nomeado como “Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita 2011” e as ações propostas à época foram: a instituição da sífilis como evento sentinela; instituição de duas semanas por ano para a intensificação da testagem; sensibilização das equipes de saúde para a problemática da sífilis; realização de reunião com sanitaristas e diretores das unidades de saúde para a discussão da problemática da sífilis, para que fossem realizada uma construção conjunta de fluxo interno e estratégias locais de controle;

criação Grupo de Trabalho (GT), com representação da Gerência de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde e Centro de Referência IST/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (CR-ISTAIDS), para discussão dos casos de sífilis em gestante e congênita; realização de discussão de casos de sífilis em gestante e congênita específicos de cada território com as equipes; realização de discussão de alternativas para tratamento adequado de parceiros sexuais e pessoas em situação de rua, integrando as equipes de saúde com o matriciamento em saúde da mulher, mental e DST; estabelecimento de fluxo de divulgação de dados dos casos de sífilis em gestante e congênita, da Vigilância Epidemiológica para as áreas técnicas da Gerência de Atenção à Saúde; monitoramento periódico das unidades de saúde e prontos atendimentos com rela (VITÓRIA, 2021).

Em 2016, a sífilis foi declarada um grave problema de saúde pública, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Também nesse ano, o Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis foi atualizado com vistas a incluir outras ações, com foco na expansão de sua atuação (VITÓRIA, 2016).

Considerando-se o quadriênio 2016-2019, este estudo pretende avaliar as ações realizadas para o enfrentamento da sífilis em gestantes, sífilis adquirida e sífilis congênita em Vitória, no citado quadriênio e descrever as facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento, na percepção dos profissionais de saúde e dos gestores.

O Plano de Enfrentamento é composto por oito eixos: captação precoce da gestante com sífilis; acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; ofertar tratamento adequado para a sífilis; monitoramento dos casos de sífilis adquirida; monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; monitoramento do plano; realização de ações de prevenção para a sífilis (população geral e gestantes; e, seguimento da sífilis congênita, conforme descrito a seguir (VITÓRIA, 2016).

Eixo 1 – Captação precoce da gestante com sífilis: A captação precoce da gestante para o pré-natal é essencial para a adequada assistência (BRASIL, 2013, p. 33). Este eixo prevê que toda mulher que acessa a Unidade Básica de Saúde (UBS), com suspeita de gravidez, deve realizar teste rápido de gravidez e teste rápido de sífilis (teste treponêmico), e caso os exames sejam positivos, a gestante deve ter seu tratamento iniciado e ter seu teste não treponêmico coletado (VDRL), se

possível, logo em seguida (BRASIL, 2020, p. 64). Também o pré-natal deve ser agendado imediatamente em caso de teste de gravidez positivo, tendo os exames laboratoriais um agendamento prioritário ou coleta realizada no mesmo dia da realização do teste rápido, quando possível. Toda mulher com diagnóstico de sífilis cadastrada na UBS durante o pré-natal deve ter a garantia de acompanhamento e tratamento. Além disso, toda visita domiciliar da equipe ou abordagem feita pelo Consultório na Rua (CnR), em que houver suspeita de gravidez deve gerar um encaminhamento para a UBS. Cabe às equipes de saúde lotadas nessas unidades, acolher e priorizar a mulher com suspeita de gravidez, conforme o protocolo vigente (BRASIL, 2020, p. 64).

Eixo 2- Acompanhamento de pré-natal de todas as gestantes: Conforme protocolo vigente no município de Vitória, cada equipe de saúde deve realizar a vigilância das gestantes e respectivos parceiros do seu território. É recomendado que a equipe se utilize de uma planilha de monitoramento para o acompanhamento do pré-natal de cada gestante; que implemente medidas para a realização do pré-natal do parceiro; que realize testagem e tratamento de parceiros, independente do seu território de residência, inclusive nos casos em que residem em outro município e em situação de restrição de liberdade, quando deverá ser feito contato com o profissional de referência do sistema penitenciário para testagem e tratamento do parceiro, conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 64; 68-73). Além disso, as equipes são orientadas a realizar visita domiciliar mensal a todas as gestantes e, nos casos de gestantes faltosas é recomendada a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Também é recomendado o monitoramento mensal da frequência ao pré-natal em 100% das gestantes e a notificação de 100% das gestantes com sífilis. Quanto às gestantes em situação de rua e sua parceria sexual, cabe às equipes do CnR em conjunto com as equipes das UBS, garantindo a continuidade do pré-natal até o parto. A oferta de teste rápido para sífilis deve ocorrer para todo munícipe, especialmente às gestantes, em todas as oportunidades. Cada UBS deve realizar uma organização do fluxo para realização do teste rápido que facilite o acesso do munícipe ao diagnóstico e tratamento imediato, quando positivo (BRASIL, 2020, p. 64).

Eixo 3 - Ofertar tratamento adequado para a sífilis (população geral): Todo munícipe e sua parceria sexual devem ser tratados imediatamente após detecção

do diagnóstico positivo, com monitoramento da aplicação das doses prescritas, busca ativa de faltosos e monitoramento pós-tratamento, com base no protocolo vigente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 68-73). Os profissionais que atuam diretamente com o tratamento da sífilis devem ser alcançados pela Educação Permanente e todas as categorias profissionais que integram a equipe devem estar envolvidos com a política estabelecida para a redução da sífilis adquirida e congênita. Anualmente profissionais de saúde são alcançados por treinamentos, onde se apresenta o protocolo atualizado de tratamento, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Eixo 4 – Monitoramento dos casos de sífilis adquirida: Os casos de sífilis na população geral, notificados por território de saúde, precisam ser identificados e acompanhados, com observação das falhas e intervenções na rotina para a melhoria permanente dos processos de trabalho e controle da epidemia (BRASIL 2020, p. 84). A Vigilância Epidemiológica (VE) deve monitorar as fontes notificadoras. Para aprimorar esse monitoramento devem ser criados instrumentos de acordo com as possibilidades de cada UBS, podendo ser utilizados todos os recursos disponíveis na rede municipal, como laboratório, relatórios do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE)¹, dentre outros. O monitoramento realizado pela VE inicia com a notificação do caso conforme critério vigente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 213-216).

Eixo 5 – Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros: É preconizado o monitoramento e acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes e parceiros notificados por território de saúde, com observação das falhas e intervenções na rotina, para a prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2020, p. 68-73). A Vigilância Epidemiológica monitora todas as gestantes com sífilis por meio de uma planilha, compartilhada quinzenalmente, por e-mail, com as Áreas Técnicas. Deve ser intensificada a busca pelos parceiros das gestantes em tratamento e o acompanhamento das gestantes e parceiros com sífilis (BRASIL, 2020, p. 84).

Eixo 6 – Monitoramento do plano: A UBS deverá realizar o monitoramento mensal do plano local elaborado para o enfrentamento da sífilis, com base no protocolo do Ministério da Saúde vigente (BRASIL, 2020). O plano de ação

1 SGIRBE – Software implantado em 2013, que interliga todos os equipamentos da Rede Municipal de Saúde em um único sistema, que conta com prontuários eletrônicos, permite registro de procedimentos, relatórios diversos, informações em tempo real, dentre outras funcionalidades.

deverá ser analisado mensalmente e discutido nas reuniões do colegiado gestor e nas reuniões de equipe, inclusive com a planilha de monitoramento dos casos. No nível central, o plano de enfrentamento da sífilis é monitorado pelo Grupo de Trabalho (GT) de Sífilis, grupo constituído por equipe gestora da Gerência de Vigilância em Saúde e Gerência de Assistência à Saúde.

Eixo 7 – Realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes. É recomendada a construção e implementação de estratégias que visem a prevenção no âmbito dos territórios de saúde (BRASIL, 2020, p. 25-27). Essas ações podem ocorrer em quaisquer espaços apropriados para sua realização, como por exemplo a própria unidade de saúde, escolas, fábricas, centros comunitários e outros locais adequados nos territórios.

Eixo 8 – Seguimento da sífilis congênita: Os recém-nascidos expostos à sífilis, ao retornarem da maternidade para o território deverão ser acompanhados pelas equipes de saúde da Atenção Básica, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 95-97; 106; 110-112). Os recém-nascidos diagnosticados com sífilis na maternidade onde ocorrer seu nascimento, além de serem acompanhados pelas equipes de saúde, quando indicado, por pediatras da rede municipal, podendo também ser referenciados para o ambulatório de infectologia pediátrica da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), onde são acompanhados até os 18 meses de vida.

As Gerências de Atenção em Saúde (GAS) e Vigilância em Saúde (GVS), responsáveis pela condução do Programa de Enfrentamento de Sífilis no Município de Vitória, instrumentalizado pelo Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis, são subordinadas à Subsecretaria de Atenção em Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) possui duas Subsecretarias imediatamente subordinadas ao Gabinete do Secretário de Saúde: a Subsecretaria de Apoio Estratégico e a Subsecretaria de Atenção em Saúde (ANEXO A).

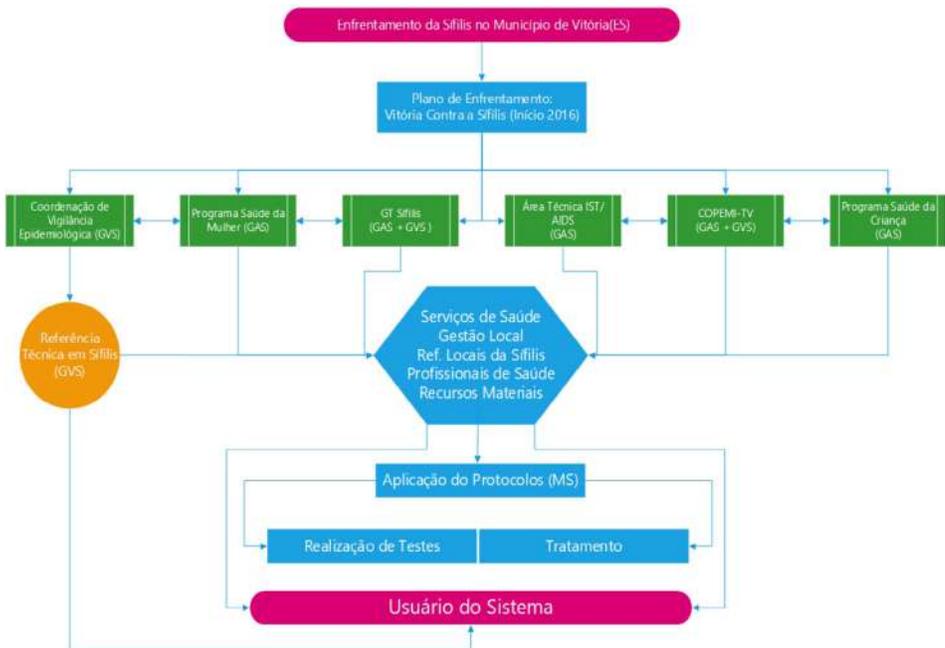
Os atores da condução do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis interagem entre si, compondo os diversos grupos que atuam no enfrentamento da sífilis, sendo a profissional com maior hierarquia a Gerente de Vigilância em Saúde (GVS), seguida da Coordenadora de Vigilância Epidemiológica (Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE) e o setor de atuação das mesmas é a Coordenação de Vigilância Epidemiológica - CVE/GVS (FIGURA 1; ANEXO A).

Dentre o conjunto de atores há profissionais que atuam no Programa Saúde da Mulher (vinculados à GAS); GT da Sífilis (composto por membros da GAS e GVS), incluindo a Gerente de Vigilância em Saúde, Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e Referências Técnica em Sífilis (vinculadas à GVS); e profissionais da Área Técnica em IST e Área Técnica em Saúde da Mulher (vinculadas à GAS); Área Técnica de IST/Aids; COPEMI-TV (constituído por profissionais da Área Técnica da Saúde da Criança, Área Técnica da Saúde da Mulher (ambas vinculadas à GAS) e profissionais de saúde vinculados à GVS (FIGURA 1; ANEXO A).

No âmbito dos serviços de saúde há profissionais (vinculados à GAS) e referências técnicas das IST, vinculadas GAS, mas em interlocução direta com profissionais da GAS e GVS (FIGURA 1; ANEXO A).

No trabalho em equipe desenvolvido no enfrentamento da sífilis há uma integração harmoniosa entre Assistência e Vigilância e intensa articulação com todos os serviços de saúde, com seus gestores locais, referências locais da sífilis (profissionais responsáveis pelo monitoramento local do Plano de Enfrentamento da Sífilis, profissionais de saúde que assistem aos usuários da Rede SEMUS (FIGURA 1).

Figura 1. Fluxograma do Enfrentamento da Sífilis em Vitória (ES). Vitória, 2021.



Fonte: A autora, 2021.

No âmbito da Gerência de Vigilância em Saúde tiveram prosseguimento as ações de monitoramento da sífilis, bem como as notificações dos casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita e as ações de tratamento e controle desses agravos. Soma-se a essas a atuação do Consultório na Rua e do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica (COPEMI-TV) no enfrentamento da sífilis (VITÓRIA, 2016).

O Plano de Enfrentamento da Sífilis do município passa por avaliação periódica dos seus eixos, por meio do acompanhamento de indicadores. A construção e a utilização de indicadores de resultados na avaliação de programas têm sido abordadas no campo do planejamento e avaliação em saúde. O enfoque quantitativo, permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado e possibilita respostas parciais às perguntas avaliativas. Consideram-se os indicadores como variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de um objeto, e a escolha desses indicadores, uma tarefa crítica do avaliador (TANAKA, 2011; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Buscar estimativas em nível nacional, regional e local permite a orientação das capacidades dos sistemas de saúde para o fortalecimento da prevenção, detecção, vigilância e tratamento da doença. Ao analisarem-se os dados das fichas de notificação de um período, adquire-se melhor conhecimento do problema, além de se refletir sobre as políticas públicas de saúde adotadas, que visam implementar melhorias na atenção pré-natal e na prevenção da transmissão vertical (TV) da sífilis (CARDOSO et al., 2018).

Ainda, no contexto da gestão de programas, considera-se de grande relevância a realização de avaliações periódicas, com vistas ao aprimoramento da prática, e alguns contextos são favoráveis para a aplicação de abordagens de pesquisa qualitativa e/ou participativa (TANAKA, 2011).

Tem sido ressaltado que a identidade, os significados e a experiência humana envolvem o relacionamento entre os seres humanos e que a pesquisa realizada a partir da interação entre os participantes de um grupo, permite conhecer aspectos significativos da realidade deste grupo, em relação ao objeto da pesquisa (TANAKA; SANTANA, 2018). A abordagem qualitativa centra-se na explicação de aspectos do fenômeno avaliado, que inclui a explicitação da subjetividade da percepção do outro (TANAKA; MELO, 2004).

É considerado um desafio incorporar, nas estratégias de avaliação, os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Estudo de revisão sistemática, cujo objetivo foi descrever os indicadores utilizados para a avaliação da qualidade do atendimento pré-natal concluiu que o uso de indicadores baseados em diretrizes nacionais ou internacionais, para avaliar a qualidade do atendimento pré-natal, significa um avanço importante, mas ainda há necessidade de apropriação desses indicadores e da construção de índices estruturados e padronizados que possam ser usados nos diferentes países, permitindo comparabilidade e monitoramento internacional (MORÓN-DUARTE et al., 2019).

Autores têm abordado os desafios de se institucionalizar as práticas de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde, tendo como base a construção de uma agenda estratégica, organizada a partir das ações do Gestor Federal, com base na cooperação entre gestores, instituições de ensino e pesquisa e organizações internacionais (CARVALHO et al., 2012).

As ações de monitoramento e avaliação podem ser vistas como intervenções para aumentar a capacidade de governo, com vistas à melhoria de seu projeto político, contribuindo para a governabilidade do sistema de saúde (CARVALHO et al., 2012).

Pesquisa avaliativa, com estudo de casos múltiplos, realizada em 10 municípios do estado do Ceará, propôs uma gradual aproximação entre os diversos pontos de vista dos atores envolvidos nos processos de trabalho, cabendo aos avaliadores considerarem esse desafio (FEITOSA et al., 2016).

Na visão de alguns autores, a abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado (TANAKA; MELO, 2004), possibilitando respostas parciais às perguntas avaliativas (TANAKA, 2011), sendo os indicadores, variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de um objeto, e sua escolha uma tarefa crítica do avaliador (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A abordagem qualitativa utilizada após a quantitativa possibilitará compreender em maior profundidade a dinâmica interna e, conseqüentemente, o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados (TANAKA, 2011).

Um desafio apresentado no âmbito da gestão em saúde, tanto no cenário nacional quanto em Vitória, é reduzir os índices de morbimortalidade por sífilis. Assim, espera-se, ao final deste estudo, reunir um conjunto de indicadores qualitativos e quantitativos que permitam conhecer as principais facilidades, dificuldades e contribuições das ações do Programa de Enfrentamento de Sífilis em seus detalhes e demonstrar as lacunas que precisam ser preenchidas para o alcance de resultados cada vez melhores.

A relevância deste estudo consiste no fato de que a avaliação do programa no citado quadriênio contribuirá para conhecimento do problema, compartilhar a experiência com outros municípios, proporcionar oportunidade de elaboração de políticas públicas de saúde que visem melhorar a atenção pré-natal no município e, por conseguinte, a prevenção da transmissão vertical da sífilis, assim como evidenciar os entraves ainda existentes no enfrentamento e permitirá produzir conhecimento científico que possa ser utilizado como fator orientador de decisão.

Na assistência, este estudo permite avaliar indicadores dos diversos eixos do plano de enfrentamento. Serão avaliados com indicadores quantitativos e qualitativos: a captação precoce da gestante com sífilis; o acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; a oferta de tratamento adequado para a sífilis; o monitoramento dos casos de sífilis adquirida; o monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; e o seguimento da sífilis congênita. Serão avaliados com indicadores qualitativos: o monitoramento do plano de enfrentamento e a realização de ações de prevenção para a sífilis (população geral e gestantes).

Na gestão, esta pesquisa contribuirá por compartilhar diversos indicadores qualitativos, ainda não conhecidos, como a percepção de gestores diretamente envolvidos com a condução do Programa de Enfrentamento da Sífilis; a percepção dos membros do COPEMI-TV e a percepção de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e referências locais da sífilis) diretamente envolvidos na assistência aos usuários da Rede Municipal de Saúde de Vitória (ES). Além disso, como o SINAN não exige a digitação dos dados de investigação pelos municípios, neste estudo, pela primeira vez, serão apresentados dados relativos à investigação dos casos de sífilis adquirida, trazendo contribuições importantes à gestão.

Este estudo contribui no âmbito da pesquisa por gerar dados de avaliação do citado programa, no período de um quadriênio, que poderão ser úteis aos

futuros pesquisadores, quando se utilizarem do tema do enfrentamento da sífilis, em seus estudos.

No ensino, esta pesquisa contribui por apresentar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis no município de Vitória, permitindo comparações com o perfil epidemiológico dos casos do estado e do país, contribuindo para a geração de novas hipóteses.

A partir desse estudo poderá ser dada uma devolutiva a toda a rede municipal de saúde (Gestão, Vigilância e Assistência) sobre o enfrentamento da sífilis em gestante, congênita e adquirida ao longo do quadriênio 2016-2019.

Até o presente momento não há registro da avaliação do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis de uma forma sistematizada. Dessa forma, este estudo de avaliação para a gestão é inédito no município.

Pretende-se deixar como contribuição para o serviço, o processo de avaliação do Plano de Enfrentamento da Sífilis no quadriênio 2016-2019, organizando um modelo de avaliação, que poderá ser utilizado para avaliar períodos futuros.

Trata-se de um estudo com originalidade científica, relevante e compatível com a área de Saúde Coletiva.

Frente a este contexto, emergiram as seguintes questões norteadoras: Como as ações de gestão em saúde contribuíram para o enfrentamento da sífilis no quadriênio 2016-2019 em Vitória (ES)? Quais os resultados alcançados pelo município de Vitória no enfrentamento da sífilis no quadriênio 2016-2019? Na percepção dos profissionais de saúde e dos gestores, com relação ao enfrentamento da sífilis no município de Vitória, quais foram as facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento?

TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SÍFILIS

A história da sífilis nos permite entender como seu enfrentamento tem sido desafiador ao longo do tempo. Na Idade Antiga, há cerca de 2160 a.C., Imhotep, o sacerdote Deus da medicina do Egito, fazia referências imprecisas no papiro de Kahun, de uma suposição da existência da sífilis, num texto que não permitia distinguir bem lepra, sífilis e outras doenças com acometimento dermatológico (CANELLA, 2005, p. 33).

Na Idade Média, no século XV, a lepra reduziu-se drasticamente e surgiu a sífilis como flagelo, entre o final da idade média e o início do período do Renascimento. Médicos e historiadores atribuíram a epidemias de sífilis a Carlos VIII, na Campanha da França, na península italiana (1494-1498), o que fez com que a doença fosse chamada de morbus gallicus (MARTINI et al., 2019).

A coleção do século XVI de Luigi Luigini, nascido em 1526, foi composta por 59 obras sobre sífilis, defendeu a novidade da doença na época e foi elaborada para ajudar seus leitores médicos a identificarem e tratar a doença. Alguns autores foram citados em seus trabalhos: Leonhard Schmaus (1518), Giovanni Battista Da Monte (nascido em 1498) e Gerolamo Fracastoro (1483-1553). Autores dessa coleção, como Giorgio Vella, 1515, Gabriele Falloppio, 1523-62, e Pietro Andrea Mattioli, 1500-1577, abordaram as manifestações clínicas da doença. Outros discutiram sobre a seriedade da doença, mas houve aqueles que consideraram a sífilis como uma doença em constante mudança, como Antonio Musa Brasavola de Ferrara (1500-55) e Alessandro Traiano Petronio (1510-1585) (MARTINI et al., 2019).

Entre 1545/1563, Girolamo Fracastoro, que nasceu em Verona e estudou em Pádua no século XVI, deu um passo decisivo para a compreensão da sífilis, na época chamada de doença dos gauleses, quando escreveu o poema Morbo Gálico em 1530, com 1341 versos que descreviam o contágio, a profilaxia, a fisiopatologia e a clínica da doença. Contava também a história de Sífilus, o pastor que insultou Apolo (o Sol) e foi castigado com a terrível doença. Então, surgiu a origem do nome sífilis. Escreveu também o poema Syphilis Sive Morbus Gallicus, muito importante para o conhecimento do Morbo Gálico, que pelo seu trabalho, passou a chamar-se sífilis (CANELLA, 2005, p. 36). Fracastoro também afirmou que a doença era de transmissão sexual, descreveu lesões cutâneas e também a sífilis congênita.

O nome Lues, que significa, flagelo, epidemia, deve-se a Leonardo Botallo. Em 1563, escreveu De Lues Venerea, que renomeou a sífilis. Fallóppio, anatomista do século XVI, criou um capuz de linho a ser colocado sobre a glândula (“ollitas”), que buscava evitar a transmissão da sífilis (CANELLA, 2005, p. 37).

Autores contribuíram com o conhecimento e enfrentamento da doença como Corradino Gilino (1468-1499), que desenvolveu argumentos terapêuticos; Nicolò Leoniceno (1428-1524), que alegou que a sífilis havia sido descrita no Corpus Hippocraticum (4º século AC) por Galeno (129-199); Alessandro Traiano

Petroneo, que considerou que a doença poderia existir desde a medicina antiga; Pietro Trapolino de Padova (1451-1509), que concordou com Petrônio, alegando que Galeno poderia não ter descrito a doença, mas ela poderia estar presente desde a idade antiga; Johannes Benedictus (1483-1564), que também acreditou que a sífilis encontrou um lugar no sistema de classificação da medicina antiga. Corradino Gilino, que argumentou que a sífilis pode ser tratada, porque houve uma ação na causa sistêmica da doença e não pela ação apenas nas manifestações cutâneas da mesma (MARTINI et al., 2019).

Na idade moderna os agentes causais das DST² foram conhecidos com detalhes e alguns meios de combate, ainda pouco eficazes, começaram a ser empregados e a revolução sexual desencadeou um grande aumento das DST, apesar da existência de medicamentos seguros. Em 1905, Shaudinn e Hoffman descobriram o *Treponema* no homem. Em 1906, Wassermann criou o diagnóstico sorológico da sífilis. Em 1906, Ehrlich sintetizou e difundiu os compostos de arsenobenzóis (CANELLA, 2005, p.38).

Em 1932, Domack lançou o Prontosil, composto de sulfa. Entre 1928 a 1945, Fleming descobriu a penicilina. Dado que o *Treponem pallidum*, agente causador da sífilis, tem um tempo de geração relativamente longo de 30 a 33 horas, as preparações de penicilina de ação prolongada, como a Penicilina G Benzatina, são a terapia preferida para a maioria dos pacientes com sífilis. Desde a década de 1940 (quando a penicilina se tornou amplamente disponível), a prevalência da sífilis continuou em declínio em regiões capazes de testar e tratar adequadamente a infecção (CANELLA, 2005, p. 38).

Ainda no contexto histórico da saúde pública, da medicina e das doenças no Brasil, há registros da história político-sanitária da Bahia, de 1920 até 1945, com atenção para as representações da sífilis, relacionando-as aos ideais de eugenia vigentes à época (BATISTA, 2017).

Em nível mundial, o estudo realizado em Tuskegee, na Guatemala, entre 1946 e 1948, pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (PHS) e a Oficina Sanitária Panamericana, com a ajuda de funcionários de saúde pública do governo da Guatemala, provocou indignação e impactou negativamente a ciência. Os participantes do estudo, doentes mentais, prisioneiros e soldados guatemaltecos,

2 Desde 2016, o termo DST foi substituído por IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) pelo Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

foram inoculados com sífilis, gonorreia e cancro e também pelo contato com prostitutas infectadas. Esses abusos éticos ocorridos no estudo foram discutidos no PHS e os resultados da pesquisa não foram publicados (REVERBY, 2012).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA SÍFILIS

O *Treponema pallidum* é uma espiroqueta da subespécie *pallidum* (ordem Spirochaetales). É um patógeno humano obrigatório, conhecido por sua capacidade de invasão e imuno reversibilidade. As manifestações clínicas de sua infecção resultam da resposta inflamatória local provocada por espiroquetas que se replicam nos tecidos. Quando um indivíduo é infectado, em geral segue o curso da doença dividido em estágios primários, secundários, latentes e terciários durante um período de 10 anos ou mais (PEELING et al., 2017).

Um estudo transversal realizado no ano de 2018 com 8.207 indivíduos doadores de sangue, no banco de sangue de um hospital universitário em Bamako, Mali (África), para avaliar a prevalência e os fatores de risco associados a várias infecções sexualmente transmissíveis, incluindo sífilis, encontrou uma soroprevalência da sífilis muito baixa (0,04%), com apenas 3 indivíduos infectados (JARY et al., 2019).

Com a introdução do antibiótico, no meio do século 20, a taxa de incidência da sífilis despencou no ocidente do mundo moderno e a doença parecia estar prestes a desaparecer (MARTINI et al., 2019). No entanto, nas últimas décadas o mundo tem contemplado uma reemergência global da sífilis, apesar da disponibilidade de antibióticos eficazes. Embora a resistência à penicilina não tenha sido identificada, houve um aumento nas cepas que não respondem a antibióticos de segunda linha (ARORA et al., 2016).

Desde 1996, com o sucesso da terapia do HIV, houve um aumento do número de homossexuais sexualmente ativos e os fluxos de imigração do leste Europeu, levaram ao aumento da incidência e prevalência da sífilis (MARTINI et al., 2019). Desde o início dos anos 2000, houve uma piora da epidemia de sífilis infecciosa entre homens que fazem sexo com homens (HSH) na maioria dos países de alta renda (ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017).

As taxas de sífilis no Canadá mostraram um aumento, entre 2003 e 2012, crescendo de 101,0% de 2,9 para 5,8 por 100.000 habitantes (TOTTEN;

MACLEAN; PAYNE, 2015). Na visão de autores da atualidade, tanto na época de Luigini, como atualmente, agentes microscópicos agem num cenário de mudanças sociais e de migração humana (MARTINI et al., 2019).

Estudo ecológico que teve como amostra os 100 municípios brasileiros com os piores desfechos relacionados à sífilis, no período de 2011 a 2017, apontou para uma tendência de aumento da sífilis adquirida, em todas as regiões do Brasil. A sífilis em gestantes e a sífilis congênita apresentaram tendências semelhantes, à exceção da sífilis congênita, para a região Centro-Oeste, que teve tendência negativa significativa (MARQUES DOS SANTOS et al., 2020).

Na atualidade, várias proteínas recombinantes do *Treponema pallidum* têm sido testadas para o diagnóstico da sífilis. Essas são fundamentais para obter alta precisão nos testes sorológicos. Estudos têm demonstrado que o uso de proteínas recombinantes em imunoenaios para diagnóstico de sífilis mostraram fornecer maior confiabilidade aos resultados dos ensaios treponêmicos (SILVA et al., 2020).

Nos últimos anos, testes treponêmicos automatizados com alta sensibilidade, implementação mais rápida e independente do observador, vêm sendo considerados como ferramentas para rastreamento, possuindo baixo custo. O Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças, em sua última revisão, propôs que se comece com a execução de teste treponêmico automatizado e, posteriormente, se realize um teste quantitativo não treponêmico (TOLEDO-PASTRANA, 2019).

A tecnologia do PCR vem desempenhando um papel muito importante em diversos campos e, especialmente em procedimentos diagnósticos, desde sua invenção pelo cientista americano Mullis e cols. em 1985 (SAIKI et al., 1985). Com a introdução do sequenciamento do genoma inteiro do *T. pallidum*, um número crescente de metodologias de PCR tem sido desenvolvido (WEINSTOCK et al., 1998).

Estudo abordou os diversos tipos de Reação da Polimerase em Cadeia (PCR), apresentando uma mini-revisão sobre os métodos de detecção de PCR que possuem aplicação mais ampla na última década: PCR de rotina, PCR aninhado, PCR em tempo real e PCR multiplex em tempo real (ZHOU et al., 2020).

Esforços de pesquisa têm contribuído para a identificação de possíveis alvos para o desenvolvimento de uma vacina eficaz. Estudo de coorte prospectiva

incluindo 200 participantes com infecção por sífilis ativa, 100 com primeira infecção e 100 com infecção de repetição, com amostras de sangue total coletadas de cada participante no início do estudo, 4, 12, 24, 36 e 48 semanas, pretende rastrear marcadores específicos da resposta imunológica e comparar a reatividade humoral aos antígenos de *Treponema pallidum* entre os dois grupos (OSIAS et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde estimou, em 2016, 5,6 milhões de novos casos de infecções por sífilis a cada ano, com a maioria dos casos ocorrendo em países em desenvolvimento (WHO, 2016). Países têm focado o desenvolvimento de metas e objetivos nacionais para a redução do ônus das ISTs até o ano de 2025 (CHEMTOB et al., 2017; CHEN et al., 2017). Na Polônia, em estudo que incluiu 477 pacientes para parto, a triagem da sífilis cobriu 465 (97,5%) delas (RADONÓ-POKRACKA et al., 2017).

Na China foi realizado ensaio clínico randomizado para determinar se o fornecimento de autoteste de sífilis aumentaria a frequência de testes de sífilis entre HSH. O estudo concluiu que o modelo aumentará o diagnóstico precoce da sífilis e aumentará os cuidados contínuos e o tratamento entre HSH, para reduzir efetivamente a propagação da sífilis e a transmissão do HIV entre HSH e outros indivíduos dentro de suas redes de relações sexuais (CHENG et al., 2020). Outro estudo que utilizou amostras sorológicas de 40.935 estrangeiros de 2010 a 2017 no Guangdong International Travel Health Care Center em Guangzhou (China), encontrou prevalência de *T. pallidum* de 0,6% (CHIMUMUNGU, 2020).

Estudos têm sido realizados para documentar a resposta imune do hospedeiro ao *Treponema pallidum*, utilizando vários testes para caracterizar a resposta do sistema imunológico, ao longo do tempo, em grupos com priminfecção e com infecção de repetição (OSIAS et al., 2020).

Diante dessa realidade, a sífilis vem prevalecendo no mundo e no Brasil apesar de muitas tentativas de sua eliminação e se mantendo como um grande problema de saúde pública (CARDOSO et al., 2018). No Brasil, em todo o território nacional foi instituída notificação compulsória de sífilis congênita por meio da Portaria no 542, de 22 de dezembro de 1986. A notificação de sífilis em gestantes, mediante a Portaria no 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por meio da Portaria no 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2018b).

A sífilis pode se manifestar por meio das formas primária, secundária e terciária e pode afetar vários sistemas orgânicos, incluindo o sistema nervoso central e o sistema ocular (BORGES et al., 2018). No período de 2010 a 2017, a população mais afetada pela sífilis no Brasil foram as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos (BRASIL, 2018b).

A Nota Informativa n. 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS tem estabelecido critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita desde setembro de 2017, com o objetivo proporcionar adequação da sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita e de diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes. A partir dessa nota, na definição de caso de sífilis congênita, deixou-se de considerar o tratamento da parceria sexual da mãe, e no caso de sífilis em gestantes, definiu-se que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes, e não como sífilis adquirida (BRASIL, 2017).

A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 casos por 100 mil habitantes em 2017 (BRASIL, 2018b). O estudo dos contatos sexuais constitui uma das principais atividades da vigilância epidemiológica em saúde pública (VILELA et al., 2019).

Estudo realizado nas regiões de Lleida (Espanha), cujo objetivo foi estimar o grau de realização do estudo de contatos, por parte dos profissionais da Vigilância Epidemiológica, às informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (HIV/ gonorreia / sífilis / clamídia), em 2017, incluiu 203 casos de IST. A média de idade dos participantes foi de 30,6 anos e 32,5% eram mulheres. O percentual de casos diagnosticados pelo estudo de contatos foi de 46,3%. A adesão aos estudos de contato foi baixa e se relacionou ao sexo masculino, orientação sexual (homossexual / bissexual) e tipo de infecção (gonorréia/clamídia). Reduzir o estigma associado à orientação sexual e melhorar a informação dos profissionais pode favorecer a sua realização (VILELA et al., 2019).

Em Campinas, um estudo analisou a recorrência por meio das tendências dos casos, de acordo com o ano e as proporções de infecção por sífilis em relação as outras IST. Entre os 860 pacientes com sífilis, 117 (13,6%) indivíduos apresentaram infecção recorrente durante o período do estudo. Houve uma significativa maior prevalência de recorrência entre os homens, em pessoas com coinfeção pelo HIV,

com relacionamentos não monogâmicos e com ausência de sintomas no momento do diagnóstico de sífilis (ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017).

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, considera-se como reinfeção quando novos casos de sífilis são diagnosticados em pessoas que tiveram diagnóstico e tratamento prévio, verificados em registros de prontuário e de farmácia, e tiveram um teste não treponêmico positivo após 10 semanas do último tratamento. Considera-se cura quando o declínio dos níveis do VDRL for de até dois títulos no período de 1 ano (BRASIL, 2018b).

Estudo realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital da Universidade Geral de Valência, entre janeiro de 2013 até setembro de 2018, no qual 158 pacientes foram diagnosticados com sífilis nesse período, 15 deles apresentaram teste não treponêmico (RPR) negativo e em todos os casos, diluições em série foram feitas para detectar um fenômeno pró-zona, descartando a possibilidade de falsos negativos. Desses, 14 foram confirmados com quadro inicial de sífilis graças à positividade no teste treponêmico. A reação em cadeia da polimerase foi usada para detectar *T pallidum* no exsudato da lesão de 8 pacientes e foi positivo em todos os casos. Os 15 pacientes foram tratados com uma única injeção de 2,4 milhões de unidades de penicilina G. benzatina. Os autores concluíram que imunoenaios de quimioluminescência e imunoenaios automatizados de *T pallidum* ligados à enzima são úteis no diagnóstico da sífilis precoce, e acreditam que deveriam ser adotados como ferramentas de triagem, dada sua sensibilidade diagnóstica, velocidade e baixo custo (GARCÍA-LEGAZ MARTÍNEZ et al., 2020).

A realização de exames sorológicos de sífilis tem sido um fator importante no combate à doença. Um estudo transversal realizado em Rio Grande (RS), que incluiu 7.351 mães que passaram por pelo menos uma consulta de pré-natal, que mediu prevalência, avaliou tendência e identificou fatores associados à não realização do exame sorológico para sífilis no pré-natal. A prevalência de não realização de sorologia para sífilis nos três anos foi de 2,9%. No período de 01/01 a 31/12 do ano 2007 foi de 2,9%, de 2010 foi 2,8% e de 2013 foi de 2,7%. A maior probabilidade de não realização ocorreu entre aquelas com maior risco gestacional (CESAR et al., 2020).

A SÍFILIS EM GESTANTES E A SÍFILIS CONGÊNITA

Em relação à sífilis em gestantes, no período de 2010 a 2017, observou-se que os estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Acre, Rio Grande do Sul, Amazonas, Santa Catarina, Tocantins e São Paulo apresentam taxas de detecção superiores às do Brasil, assim como nas capitais Rio de Janeiro, Campo Grande, Vitória, Rio Branco, Manaus, Porto Alegre, Palmas, São Paulo, Salvador, Curitiba, Belo Horizonte, Florianópolis, Goiânia e Maceió (BRASIL, 2018b).

Em 2017, 11 estados apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (8,6 casos/1.000 nascidos vivos): Rio de Janeiro (18,8 casos/1.000 nascidos vivos), Pernambuco (14,4 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Sul (14,2 casos/1.000 nascidos vivos), Tocantins (12,0 casos/1.000 nascidos vivos), Espírito Santo (12,0 casos/1.000 nascidos vivos), Amazonas (10,5 casos/1.000 nascidos vivos), Ceará (10,2 casos/1.000 nascidos vivos), Mato Grosso do Sul (10,2 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Norte (9,9 casos/1.000 nascidos vivos), Sergipe (9,8 casos/1.000 nascidos vivos) e Piauí (8,8 casos/1.000 nascidos vivos). Nesse mesmo período, com relação à sífilis congênita, observou-se que municípios como Porto Alegre, Recife, Natal, Fortaleza, Manaus, Rio de Janeiro, Salvador, Teresina, João Pessoa, Florianópolis, Maceió, Campo Grande, Belo Horizonte, Palmas, Vitória, São Luís e Porto Velho apresentaram taxas de incidência superiores à do Brasil (BRASIL, 2018b).

Dentre os desfechos gestacionais relacionados à sífilis, a morte fetal é certamente a mais comum, estando diretamente relacionada à disponibilidade, acessibilidade e qualidade do pré-natal (CARDOSO et al., 2016).

Estudo realizado na Etiópia concluiu que dentre os fatores associados à sífilis ou gonorreia nas gestantes estão: história de natimorto, história de aborto, nível educacional baixo (menor que o ensino secundário), coitarca antes dos 18 anos, história de IST nos parceiros sexuais, ter dois ou mais parceiros sexuais no ano anterior (HAILU; GEBRETSADIK, 2020).

Autores têm abordado a sífilis gestacional como um problema de saúde pública não controlado no Brasil, que tende a se perpetuar se algo não for mudado para interromper a cadeia de transmissão; e apontam a má qualidade do pré-natal como um fator responsável pelo aumento dos casos (ROSA et al., 2020).

Estudo ecológico, realizado no Paraná, analisou a tendência e a distribuição espacial de algumas doenças de notificação compulsória em gestantes, ocorridas de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016, utilizando dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), das incidências das seis doenças de notificação mais frequentes em gestantes. As infecções mais frequentes foram sífilis, dengue, HIV, influenza, hepatites e toxoplasmose e aumentaram respectivamente em 30,8%, 30,4%, 15,4% e 2,6% ao ano, em média. No último quadriênio, incidência elevada para dengue, sífilis e infecção pelo HIV que chegaram, respectivamente, a 180,2, 141,7 e 100,8 casos por 10.000 nascidos vivos (FALAVINA et al., 2019).

Em Fortaleza, um estudo realizou a análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 e obteve como resultados a constatação da ocorrência da sífilis em mulheres jovens com mais de 85,0% de tratamentos inadequados, 62,9% dos parceiros sexuais não tratados ou com informação ignorada e percentuais elevados da não realização dos exames preconizados para a investigação de sífilis congênita nas crianças. Dentre os conceitos, cinco foram natimortos, um aborto e três óbitos neonatais (CARDOSO et al., 2018).

Estudo realizado em hospital público do Triângulo Mineiro, que revisou prontuários de 268 gestantes, entre 2007 e 2016, ressaltou a importância de políticas públicas de conscientização sobre o pré-natal, intensificação da triagem sorológica e tratamento sorológico da sífilis (TORRES et al., 2019).

Estudo transversal realizado para determinar a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* e fatores associados em gestantes em Dourados, Mato Grosso do Sul encontrou uma soroprevalência de sífilis em gestantes de 4,4% (n = 29/661), sendo 25 recém-nascidos soropositivos para *T. pallidum* e desses, 28% (n = 7/25) apresentaram complicações por sífilis. Embora 96,5% (n = 28/29) das mulheres com sífilis tenham recebido cuidados pré-natais, os testes VDRL foram realizados no primeiro trimestre para 47,6% (n = 10/21) das mulheres. Receberam tratamento no terceiro trimestre 28,6%; n = 6/21. O uso de drogas ilícitas durante a gravidez e ter tido uma história de aborto foram associados à sífilis (VIEIRA et al., 2019).

A adequada assistência pré-natal, com realização do adequado exame físico e exames laboratoriais, permite o diagnóstico de formas pouco frequentes como o cancro misto de Rollet, lesão característica da coinfeção por sífilis e cancro mole (DE OLIVEIRA et al., 2020).

Para melhor enfrentar a sífilis em gestantes tecnologias têm sido desenvolvidas, como o desenvolvimento de aplicativos. Foi realizada uma pesquisa metodológica, no período de março a novembro de 2016, no Laboratório de Inovação Tecnológica de uma universidade na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. A pesquisa teve duas fases, que foram o levantamento bibliográfico dos anos de 2012 a 2016 nas bases de dados PubMed, CAPES e Scopus e o desenvolvimento do aplicativo. O aplicativo apresenta vídeo informativo, informações sobre a doença, mapa dos postos de saúde, função de agenda e notificação anônima (SALES et al., 2019).

A sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública no mundo, visto que contribui significativamente para a mortalidade infantil, sendo responsável por 305.000 mortes perinatais no mundo todo anualmente (CERQUEIRA et al., 2017). No ano de 2016, foram estimados em todo o mundo 661.000 casos de sífilis congênita (SC). Desse total, 54% tiveram desfechos adversos ao nascimento, como o de abortamento ou natimortalidade, prematuridade ou baixo peso ao nascer, óbito neonatal e doenças clínicas (KORENCOMP et al., 2019).

A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, sendo em torno de 70% a 100%, quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária (BRASIL, 2019a).

Estudo qualitativo realizado com mães de recém-nascidos com sífilis congênita, evidenciou que, apesar da realização do pré-natal, algumas delas mostraram inseguranças em relação ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção. As narrativas revelaram culpa e sofrimento. Fatores como sentimento de remorso e falta de informações parecem influenciar a compreensão dessas mães em relação ao tratamento, podendo comprometer o acompanhamento do recém-nascido (SOUZA; BECK, 2019).

Estudo cujo objetivo foi analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita (SC) em 18 municípios no interior do estado da Bahia entre 2007 e 2017, encontrou 39 casos de SC. As mães eram predominantemente pardas (59%), 30,8% possuíam idade entre 20 e 24 anos, 74,4 eram residentes na área urbana, 33,3 % eram donas de casa 94,9 % tinham realizado o pré-natal, 41% receberam tratamento inadequado e 53,8% tiveram o diagnóstico no momento do parto/curetagem. Quanto aos parceiros, 38,5 % não foram tratados. Quanto aos recém-nascidos, 69,2% foram diagnosticados no dia do

nascimento e 46,2% foram sintomáticos e 74,4% foram casos de SC recente (ALMEIDA et al., 2019).

No que diz respeito à testagem, tratamento e monitoramento do parceiro sexual da gestante, há fatores que distanciam os parceiros das gestantes dos serviços ou unidades de saúde (US), alguns estão previstos, de uma forma mais geral, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL, 2016).

Estudo realizado na Atenção Primária de Fortaleza (CE) concluiu que questões institucionais e de gênero estiveram associadas ao não comparecimento do homem ao serviço de saúde. Na percepção dos profissionais, a presença do parceiro nas consultas pré-natais parece ser uma estratégia que facilita a convocação, a vinda do mesmo à unidade e a realização do tratamento. Na avaliação da autora, o município não se mostrou preparado para receber a população diferenciada que é o homem, não possuía uma estratégia ideal para convocá-lo, sendo cabíveis melhorias relacionadas ao acesso, acolhimento, agilidade no atendimento, sigilo e privacidade, sendo o melhor modelo para acessar o parceiro aquele que considerasse as subjetividades trazidas pelos mesmos (ROCHA, 2014).

Desse modo, na notificação de sífilis em gestante constam os seguintes motivos: parceiro não teve mais contato com a gestante; parceiro não foi comunicado/convocado à US; parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu; parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou o tratamento; parceiro com sorologia não reagente; e outro motivo (BRASIL, 2016).

Na categoria “outro motivo” estão os parceiros não identificados, os que possuem moradia em outro bairro, município, estado ou país; a multiplicidade de parceiros; aqueles inseridos num contexto criminal, como tráfico de drogas e outros crimes, porém gozando de liberdade; aqueles com restrição de liberdade; os não abordados pela gestante por medo; os que vivem em situação de rua, não alcançados pelas equipes de consultório na rua ou pela equipe de atenção primária (ROCHA, 2014; CARDOSO et al., 2018; MAGAZINER et al., 2018).

Estudo realizado na Tailândia demonstrou que parceiros que acompanharam as esposas grávidas ao pré-natal mostraram comportamentos positivos, tendendo a cooperar bem com os testes de IST (ANUNSITTICHAJ et al., 2020).

Entende-se como essencial uma implicação maior dos profissionais de saúde com a assistência da parceria das gestantes, considerando-se esses trabalhadores como dimensão viva da produção de saúde, com utilização de dois vetores, que são a subjetividade e os afetos entre sujeitos, cabendo a união de tecnologias, duras e leves, na superação da fragmentação do cuidado (FRANCO, 2013).

Profissionais com aprendizados culturais que cooperam para romper com mitos e tabus da sexualidade, ao menos em parte, desvelam disposição diferenciada e inserção da abordagem sobre as práticas sexuais e IST/HIV com usuários nos serviços (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019).

Outra questão a ser superada para a melhoria da assistência de uma forma geral, e particularmente para a gestante e sua parceria é a precarização dos vínculos de trabalho e rotatividade de profissionais. Estudo aponta que as maiores taxas de centros de saúde com baixa retenção de profissionais tem sido registradas no Sudeste (8,6%) e no Sul (7,8%) do Brasil, sendo que esse cenário pode ocorrer em função de um mercado de trabalho mais concorrido, principalmente na Atenção Básica (PEREIRA JUNIOR; RUAS, 2019).

Há um ensaio clínico em andamento, para avaliar a eficácia da cefixima no tratamento da sífilis ativa em mulheres não grávidas, denominado Projeto CeBra, realizado pelo Ministério da Saúde com apoio da OMS e em parceria com pesquisadores brasileiros, visando estabelecer opções alternativas seguras de tratamento para a sífilis, em uma soma de esforços para eliminação da sífilis congênita. O uso da cefixima seria principalmente em caso de redução de estoques de penicilina benzatina, alergia grave a esse medicamento ou impossibilidade de administração de injeções (BRASIL, 2020).

A SÍFILIS ADQUIRIDA E AS POPULAÇÕES MAIS VULNERÁVEIS

No enfrentamento da sífilis há de se priorizar as populações-chave, que são aquelas que apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV e também pela sífilis, quando comparadas à população geral, e que têm suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade (BRASIL, 2018a, p. 12). A população de homens que fazem sexo com homens (HSH) é reconhecida como um grupo vulnerável e de alto risco por enfrentar barreiras

aos serviços de saúde preventivos e também em função do estigma homofóbico (PIERBON et al., 2019).

Estudo transversal realizado com 184 mulheres profissionais do sexo de três cidades do interior do estado do Pará (Augusto Corrêa, Barcarena e Bragança), situadas na região amazônica do Brasil, identificou alta prevalência de sífilis na Amazônia Legal, mostrando que a transmissão da sífilis é maior dentre aqueles que trabalham em áreas de baixa renda, o que é atribuído ao baixo nível de escolaridade, tendo a relação sexual anal sido considerada um fator de risco associado à sífilis (SOUZA et al., 2020).

Um estudo transversal online realizado pelo Centro Europeu de Controle de Doenças (ECDC), entre junho e agosto de 2017, com 324 HSH. Desses 88 (27,2%) tiveram pelo menos um episódio de IST, 10 relataram infecção pelo HIV e 7, coinfeção com outras IST, 161 haviam consultado uma clínica de IST e 88 desses, relataram ter tido pelo menos uma IST previamente (54,6%). O uso mais consistente de preservativos foi significativamente associado a um menor risco de IST, enquanto um maior número de parceiros sexuais, a um maior risco (PIERBON et al., 2019).

Estudo realizado em Taiwan constatou o aumento de sífilis de repetição entre infectados pelo HIV. Dentre os fatores de risco associados estiveram idade mais jovem, sexo masculino e história de ISTs (LEE et al., 2020).

Estudo realizado no Nepal, com 340 HSH e mulheres transgênero, apresentou uma prevalência de sífilis ativa de 4% em HSH e 11% entre mulheres trans. Entre as mulheres transexuais, 76% eram envolvidas em trabalho sexual e 51% sofreram discriminação em um ou mais ambientes. Fatores relacionados à discriminação e estigma entre mulheres transexuais, sinalizaram que esforços devem ser feitos para melhorar o fornecimento de testes, além de mais ação em termos de prevenção e tratamento para essa população (STORM et al., 2020).

Na China (Chongqing), no período de maio de 2013 a dezembro de 2017, estudo realizado com 6.568 HSH participantes elegíveis (98,4%), investigou tendências na prevalência de sífilis e HIV, e analisou dados sociodemográficos, conhecimento sobre HIV e características de comportamento relacionadas ao HIV ao longo de cada ano. Foi encontrada uma redução gradual de comportamentos de alto risco, juntamente com a prevalência de HIV. No entanto aumento da infecção por sífilis e do uso de drogas durante o coito anal (ZHANG et al., 2019).

Estudo cujo objetivo foi avaliar a epidemia de HIV / sífilis que incluiu 5.966 homens que fazem sexo com homens (HSH) com idade <50 e ≥50 anos, e investigar os fatores associados de coinfeções por HIV / sífilis entre HSH em Shenzhen (China), indicou a necessidade urgente da implementação de programas de educação, prevenção e intervenção em infecções por HIV e sífilis específicos para HSH com idade ≥ 50 anos e que para o futuro serão necessárias intervenções integradas para infecção por HIV e sífilis em HSH (WENG et al., 2019).

Deve-se considerar, ainda, as populações prioritárias, segmentos que também possuem vulnerabilidades aumentadas em função da situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais, como jovens, população negra, indígenas e pessoas em situação de rua (BRASIL, 2018a, p. 12).

Em estudo realizado na Amazônia, entre 45.867 índios, a prevalência de sífilis foi de 1,82% (745/40.934). Considerando homens, mulheres e mulheres grávidas a prevalência de sífilis foi de 2,23%, 1,51% e 1,52%, respectivamente (BENZAKEN et al., 2017).

Em outro estudo que incluiu 551 indígenas (Mbya Guarani) maiores de 11 anos em Puerto Iguazu (Argentina), a prevalência de sífilis foi de 8,71%, e à medida que a idade foi aumentando, a prevalência foi diminuindo: 9,66% no grupo de 11-19 anos, 8,42% no grupo de 20-39 anos e 4,54% em pessoas com 40 anos ou mais. Para os 48 casos, 130 contatos de *T. pallidum* foram rastreados, sendo que 39/40 (97,5%) contatos sexuais testaram positivo para sífilis (MARX et al., 2020).

Acompanhando os movimentos internacionais, muito tem se avançado no enfrentamento da sífilis no Brasil, no entanto, alguns objetivos considerados desafiantes têm sido elencados para o controle da sífilis: ampliar o acesso das populações mais vulneráveis; eliminar a transmissão vertical; melhorar a vigilância dos casos; desenvolver testes com maior acurácia (para diagnosticar sífilis ativa, neurosífilis e sífilis congênita); e desenvolver alternativas de medicamentos orais e vacinas contra o *Treponema pallidum* (MIRANDA et al., 2021).

AValiação de Políticas e Programas de Saúde

A avaliação no sentido de julgar o valor das ações com o propósito de melhorá-las é tão antiga quanto a consciência humana, mas teve desenvolvimento

maior com a revolução científica registrada nos séculos XVI e XVII, a qual estabeleceu uma distinção entre fatos e valores (SERAPIONI, 2016).

Há menção às gerações da avaliação com suas etapas marcantes. A primeira geração, composta pelos períodos de reformismo (1800-1900), de eficiência e testagem (1900-1930), tendo a principal característica a medida. A segunda geração, composta pelo período chamado idade da inocência (1930-1960), cuja principal característica foi a descrição. A terceira geração, composta pelos períodos de expansão (1960-1973) e profissionalização/institucionalização (1973-1990), com principal característica o julgamento. A quarta geração, composta pelo período das dúvidas (1990 até atualmente), sendo a principal característica a negociação (MADAUS; STTUFLEBEAM; SCRIVEN, 1989; GUBA; LINCOLN, 1989; BROUSSELLE et al., 2011, p. 20).

Partindo-se de uma perspectiva cronológica da avaliação em saúde, nesse primeiro momento do referencial teórico deste estudo, pretende-se transitar pelas diversas características do campo, enfatizando-se aspectos conceituais.

Considera-se que as primeiras e verdadeiras avaliações ocorreram no século XIX, marcadas pela dominação religiosa e pela revolução industrial ocorrida no século XVIII (BROUSSELLE et al., 2011, p. 20). No entanto, a avaliação só se tornou uma atividade especializada logo após a Segunda Guerra Mundial. Como disciplina e campo de estudos, ou seja, como área de produção de conhecimento, surgiu somente na metade dos anos 1960 e, a partir de 1970, a perspectiva construtivista entrou em conflito com a perspectiva positivista-experimental, propondo a análise qualitativa e o envolvimento dos atores (SERAPIONI, 2016).

A partir do final dos anos 1970, o planejamento na Saúde Pública latino-americana passou a ter uma difusão maior, quando Mario Testa, sanitário argentino, implantou o enfoque estratégico de Planejamento e o economista chileno Carlos Matus influenciou o campo com a planificação situacional. (FURTADO et al., 2018).

Durante os anos 1980, o número e o tipo de atividades de avaliação aumentaram para responder a diferentes propósitos: respaldar as exigências dos governos no controle dos gastos; incrementar a responsabilidades dos gestores; e obter maiores informações sobre o impacto das novas tecnologias (SERAPIONI, 2016). Houve influência de Donabedian nas discussões e práticas da avaliação

no Brasil, tendo seu pensamento permitido articulações da Avaliação com os referenciais hegemônicos do Planejamento e Gestão no contexto da Reforma Sanitária da época (FURTADO et al., 2018). No final da década, a avaliação foi inserida na agenda pública no Brasil, após a instauração da democracia, para tornar as políticas e programas sociais mais efetivos, atendendo à gestão e à produção de conhecimento (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

A avaliação tem como foco principal a identificação de possíveis falhas estruturais e/ou nos processos que favorecem os desvios de qualidade, comprometendo os resultados da assistência (direta ou indireta) e, conseqüentemente, a segurança do paciente (FURTADO; VIEIRA-DA SILVA, 2014). Estudos têm se baseado no modelo sistêmico, baseado na tríade “estrutura, processo e resultado”, proposto por Donabedian, para a realização de avaliações normativas (DONABEDIAN, 1980a).

A conexão dessa tríade se estabelece na suposição de que estruturas adequadas aumentam a probabilidade de bons processos e estes aumentam a perspectiva de resultados favoráveis em saúde (DONABEDIAN, 1978).

Na visão de Habermas, a avaliação contribui para medir, controlar, administrar, prever, definir prioridades, escolher entre diferentes programas e classificar indivíduos. No entanto, a avaliação favorece o diálogo, a reflexão crítica e a compreensão mútua dos diferentes atores (HABERMAS, 1972, 1984, 1987; BROUSSELLE et al., 2011, p. 21).

Nos anos 1990, houve uma difusão maior da avaliação entre os países da Europa, em função da pressão exercida pela União Europeia, por meio da dispensação de Fundos Estruturais e Fundos de Desenvolvimento Regional, levando à mobilização de recursos financeiros e humanos e exigindo o monitoramento e a avaliação dos resultados da aplicação desses fundos. A partir desse período, houve um aumento da preocupação pelos aspectos metodológicos e uma maior promoção da perspectiva de avaliação interdisciplinar, com a valorização das abordagens qualitativas para a avaliação de políticas públicas e serviços sociais, de saúde e de educação (SERAPIONI, 2016).

A perspectiva objetivista dominou a pesquisa avaliativa, em um primeiro momento, porém mais recentemente, ganhou terreno a perspectiva qualitativa ou subjetiva e outras denominações congêneres (VIEIRA-DA-SILVA, 2015). Autores

ressaltam que o principal objetivo nas pesquisas avaliativas é a produção de um conhecimento que seja reconhecido pela comunidade científica e que sirva como fator orientador de decisão (NICOLA; PELEGRINI, 2018).

A pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que se faz sobre práticas sociais a partir de uma pergunta não respondida pela literatura especializada no tema a respeito das características dessas práticas em geral ou em contexto particular mediante o recurso à metodologia científica (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 18). Visa analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção. Na pesquisa avaliativa há centralidade da busca da compreensão sobre as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, o que remete às perguntas “como?” e “porque?” (BROUSSELLE et al., 2011, p. 77).

A pesquisa avaliativa participante pressupõe a entrada do pesquisador em campo, considerando suas ofertas e saberes possíveis que levam ao fazer conjunto, com os sujeitos implicados e envolvidos com o objeto pesquisado (FURLAN; CAMPOS, 2014).

Para uma análise aprofundada de programas e projetos constitutivos de políticas públicas precisa-se compreender as principais linhas teórico-metodológicas que conformaram, ao longo do tempo, o campo da avaliação das políticas públicas em nível mundial. Estudos apontam que uma avaliação em profundidade precisa dar conta de quatro dimensões analíticas: análise de conteúdo, de contexto e da trajetória institucional de programas e políticas, bem como do espectro temporal e territorial (RODRIGUES, 2008).

Alguns passos são considerados fundamentais para se realizar uma avaliação: análise da situação inicial, seleção das prioridades, delimitação do foco avaliação, definição dos usuários potenciais; a análise estratégica (identificação dos propósitos do programa nos documentos oficiais) e da pertinência em relação ao problema e ao objeto da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Estudiosos fazem críticas sobre modelos que são formulados a partir de perspectivas generalizantes, tidos como aplicáveis a qualquer país ou situação, e que estão majoritariamente baseados em paradigmas positivistas de análise e com o predomínio dos referenciais economicistas (RODRIGUES, 2008).

No caso do Brasil, em função da sua posição específica no cenário mundial, há de se considerar a dependência das exigências das agências multilaterais no atendimento à avaliação dos programas por elas financiados (RODRIGUES, 2008). Considera-se que a prática da avaliação no planejamento, implementação e monitoramento dos serviços públicos foi tardiamente incluída, relacionando-se apenas à necessidade de acompanhar os investimentos realizados por financiadores de órgãos internacionais (FEITOSA, 2014).

No entanto, a avaliação vem consolidando-se no Brasil, nas áreas da saúde, educação e bem-estar social, equiparando-se aos Estados Unidos, adquirindo especificidades teóricas e metodológicas em relação ao Planejamento, à Epidemiologia e às Ciências Sociais (FURTADO et al., 2018).

Os princípios deste modelo encontram-se incorporados em todas as estratégias de avaliação das instituições que se inspiram na Gestão da Qualidade e na Melhoria Contínua da Qualidade, sendo a qualidade uma propriedade positiva a ser levantada (SERAPIONE, 2016). Contudo, considerando-se a qualidade como um conceito polissêmico e multidimensional, é necessário que seja desagregada em diferentes dimensões e que se identifiquem indicadores e padrões que prestem informações sobre os níveis de alcance da qualidade (SERAPIONE, 2009).

A partir dos padrões de qualidade, a equipe de avaliação, especialistas leigos ou usuários têm a responsabilidade de: mensurar o desempenho do serviço; compará-lo com os padrões estabelecidos na fase de programação; e expressar um juízo sobre as variações identificadas (STAME, 2001).

A avaliação formativa visa aperfeiçoar um programa no curso da intervenção e pode envolver a participação dos gestores ou agentes imersos na execução do programa, implicando uma perspectiva interna ou mista (externa e interna) (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 19).

A apreciação normativa é a atividade que permite verificar se uma intervenção corresponde às expectativas, consistindo na emissão de um juízo de valor sobre a estrutura, o processo e os resultados da intervenção, em comparação com determinadas normas. Essas normas serão mais robustas e válidas se tiverem sido estabelecidas por pesquisas científicas. As respostas a essas três perguntas se baseiam em cinco critérios que são a fidelidade (ou conformidade), a cobertura, a qualidade, os efeitos e os custos (BROUSSELLE et al., 2011, p. 77).

A avaliação para a gestão requer vivência em problemáticas concretas dos serviços, pois prescrições genéricas dificilmente se aplicam a todas as situações (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 12). Compõem o espectro da avaliação, o julgamento sobre determinada intervenção feito com base em informações obtidas por meio de percepções primeiras sobre o mundo social e também informações provenientes da pesquisa avaliativa (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Entre os dois extremos desse espectro, há uma variada gama de possibilidades situadas no âmbito da avaliação para a gestão ou da avaliação normativa (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 17).

Considera-se como intervenção um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno, para corrigir uma situação problemática. Esse sistema organizado de ação possui cinco componentes: uma estrutura, atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou mais finalidades e um ambiente BROUSSELLE et al., 2011, p. 45).

Uma intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. Enquanto avaliação normativa busca apreciar cada um dos componentes da intervenção, em função de critérios e normas, a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção (BROUSSELLE et al., 2011, p. 44-45).

A compreensão do contexto de um programa de saúde é essencial na interpretação dos resultados de uma avaliação. O contexto é definido como o ambiente de fundo ou configuração de qualquer programa. Os fatores contextuais, como os elementos de contexto que podem afetar a implementação de um programa (SABOT, 2018).

A pergunta de avaliação depende de uma série de escolhas relacionadas com a delimitação do objeto da avaliação, da situação problemática e da intervenção desenhada para solucionar os problemas priorizados. Enquanto a avaliação externa implica maior distância entre o avaliador e o objeto da avaliação, a imersão no programa possibilita a percepção de diversos aspectos não acessíveis ao avaliador externo, bem como a assimilação de componentes da realidade a ser avaliada (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 21).

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise que decorrem a métodos de pesquisa diferentes: estratégica, lógica, da produção, dos efeitos, da eficiência e da implantação (BROUSSELLE et al., 2011, p. 55).

A análise estratégica permite a identificação dos objetivos de um planejamento e a análise de sua pertinência em relação ao problema que ele visa resolver. Permite apreciar a pertinência de uma intervenção, buscando responder se é pertinente intervir sobre o problema; se é pertinente intervir da forma que se está intervindo; e se é pertinente que os responsáveis pela intervenção ajam como estão agindo (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 27; BROUSSELLE et al., 2011, p. 55).

A análise lógica consiste na identificação da teoria do programa e da sua formalização em um modelo teórico ou conceitual com atenção especial para as relações entre o problema, seus determinantes, as ações e atividades que compõem o programa e os resultados esperados. Examina a coerência (o mérito ou validade teórica e a validade operacional) da intervenção. Busca responder as perguntas se a intervenção é baseada numa teoria adequada e se a qualidade e a quantidade dos recursos e das atividades são suficientes (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 28; BROUSSELLE et al., 2011, p. 55-56).

Considera-se o modelo lógico (ML) uma ferramenta relevante para descrever o programa, facilitar seu monitoramento, acompanhamento do desenvolvimento finalístico, e a sua avaliação. Essa avaliação pode ocorrer por meio de julgamento de valor e em alguns estudos, por meio da determinação de relação causa-efeito (CHIANCA, 2017).

O ML pode representar o programa como está sendo operacionalizado na prática ou pode corresponder a uma representação gráfica da teoria do programa. A teoria do programa pode ser considerada como causal, quando objetiva explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados, e como normativa ou prescritiva, quando está voltada para definir a imagem objetivo da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 28).

A análise de produção consiste no estudo das relações entre os recursos utilizados (meios) e o volume e a qualidade dos serviços prestados. Busca responder se com os mesmos recursos é possível produzir mais serviços ou serviços superiores e se é possível produzir, com menos recursos, uma mesma quantidade de serviços com qualidade idêntica (BROUSSELLE et al., 2011, p. 56-57).

Segundo Vieira-da-Silva (2014), é possível haver cuidado com a saúde de qualidade em uma situação de precariedade estrutural, a partir de processos conduzidos por recursos humanos capazes; o inverso não é possível. Assim, é recomendada a articulação, entre a abordagem de processos e a de resultados, por possibilitar maior poder explicativo ao desenho da avaliação.

A análise dos efeitos procura medir a influência dos serviços (ou das atividades) sobre os estados de saúde, ou seja, a eficácia da intervenção. Busca responder quais são os efeitos observáveis e se esses efeitos são imputáveis à intervenção, ou a outros fatores (BROUSSELLE et al., 2011, p. 57).

Para compreendermos, de modo rigoroso, os processos gestados nas redes de atenção e reconhecermos evidências de seus efeitos, são necessárias práticas de avaliação e investigação que as operacionalizem adequadamente (AMARAL; BOSI, 2017).

A análise de eficiência tem por objeto as relações entre os recursos e os efeitos observados. É central em avaliação econômica, que se apresenta de três formas que são análise de custo-benefício, custo-eficácia e custo utilidade (BROUSSELLE et al., 2011, p. 58-59). A Colaboração Cochrane usa o termo eficiência para os benefícios da tecnologia na comunidade, o que inclui a relação com custo, diagnóstico, tempo de permanência e reabilitação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 65; 73).

A análise da implantação estuda as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos. Busca responder como explicar a transformação da intervenção no tempo; qual a influência do meio de implantação sobre o grau de implementação de uma intervenção; de que maneira as variações na implementação da intervenção influenciam os efeitos observados; e qual a influência da interação entre o meio de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados (BROUSSELLE et al., 2011, p. 59-60).

Alguns passos são considerados fundamentais para se realizar uma avaliação: análise da situação inicial, seleção das prioridades, delimitação do foco avaliação, definição dos usuários potenciais; a análise estratégica (identificação dos propósitos do programa nos documentos oficiais) e da pertinência em relação ao problema e ao objeto da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

A coleta e a avaliação dos fatores contextuais do programa são fundamentais para estabelecer validade interna e externa dos resultados do estudo (SABOT, 2018).

A seleção de um conjunto de indicadores não é a melhor opção a ser feita para o início de uma avaliação, e sim após a formulação da pergunta e da elaboração do modelo lógico. A partir disso, será possível visualizar quais as dimensões e aspectos serão selecionados para aferir ou medir a operacionalização de uma intervenção. Os critérios de avaliação podem ser implícitos ou explícitos e podem ter pesos iguais ou diferentes e sua seleção pode ser feita com base em revisão de literatura/consulta às listas de indicadores propostos pelas instituições públicas de saúde/Portarias Ministeriais e no recurso da experiência (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 47).

Conceitos como impacto, efetividade e eficácia são importantes para que se estabeleça o que se pretende a partir de avaliar indicadores relativos à implantação do plano de enfrentamento. Na análise de impacto de programas em relação ao estado de saúde da população, os serviços de saúde, às vezes são considerados como os principais determinantes da evolução dos indicadores de morbimortalidade (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 63). Segundo Vieira-da-Silva (2014, p. 65), impacto é o efeito líquido de um programa ou o efeito de uma intervenção em situações reais, e não experimentais (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 73).

Na avaliação de efeitos de uma intervenção, em diversos níveis, há utilidade analítica na distinção entre efetividade ou eficácia de utilização e eficácia populacional ou impacto (BROUSSELLE et al., 2011). Efetividade é uma razão entre o impacto observado e aquele planejado; ou o efeito de uma intervenção em sistemas operacionais (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 65; 73).

Além desses, estratégias alternativas como os estudos de adequação, demonstram tendências em indicadores de processo ou impacto, sugerindo que a intervenção esteja gerando efeito importante (HABITCH; VICTORA; VOGAN, 1999; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 73).

O processo de avaliação de qualidade dos programas de saúde é considerado complexo, em função da multiplicidade de variáveis na dispensação de cuidados de saúde acessíveis, confiáveis e consistentes (VIEIRA-MEYER et al., 2019)

A avaliação de quarta geração ou construtivista (*empowerment evaluation*, isto é, avaliação que se autofortalece), permite a possibilidade de contextualizar e ampliar

a compreensão do significado das práticas por meio da apreensão das representações dos atores sociais e do envolvimento dos mesmos no processo de identificação dos problemas e modificação da intervenção (GUBA; LINCOLN, 1989).

Assim, a avaliação de quarta geração, constitui-se na abordagem mais desejável, porque permite articular as perspectivas externa e interna, como, por exemplo, incorporando o ponto de vista dos stakeholders (pessoas-chave) (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 21). A avaliação contemporânea é resultado de esforços e controvérsias que ocorreram ao longo de quase dois séculos e que contribuíram para o aprimoramento do arsenal teórico-metodológico e para os recursos institucionais do campo da avaliação (BROUSSELLE et al., 2011, p. 21).

Embora haja reconhecimento da relevância e abrangência da avaliação de quarta geração e incorporação, neste estudo, das percepções de pessoas-chave no cotidiano do enfrentamento da sífilis, pretende-se realizar a avaliação para a gestão (NOVAES, 2000).

A pesquisa de políticas e sistemas de saúde visa produzir novos conhecimentos para melhorar a forma como as sociedades se organizam para alcançar as metas de saúde. Seus objetivos são promover a cobertura, qualidade, eficiência e/ou equidade do sistema de saúde. A análise das políticas de saúde nos países de baixa e média renda ainda está em fase inicial de desenvolvimento. Dada a importância da mudança de políticas para o desenvolvimento de sistemas de saúde, essa é uma lacuna crítica no campo de pesquisa em políticas e sistemas de saúde (GHAFFAR et al., 2016).

Estudo aponta iniciativas de governos de países desenvolvidos para fortalecer capacidades críticas nas políticas de saúde de países de baixa renda, para o alcance das metas de uma geração livre de aids (LANE et al., 2016).

Foram combinadas pesquisas do sistema de saúde nacionalmente representativas com dados de volume de partos e qualidade da assistência ao parto do Quênia, Namíbia, Ruanda, Tanzânia e Uganda, entre abril de 2006 e maio de 2010. Foi medida a qualidade das funções básicas de cuidados maternos em serviços de saúde usando um índice de 12 indicadores de estrutura e processos de atendimento, incluindo infraestrutura e uso de intervenções de rotina e de emergência baseadas em evidências (KRUK et al., 2016).

Estudo desenvolveu uma medida composta da qualidade da Atenção Primária à Saúde e a aplicou ao sistema vigente no Haiti. Utilizou estrutura da

Iniciativa de desempenho, definiu quatro domínios de prestação de serviços: cuidados acessíveis; entrega de serviço eficaz, gestão e organização e funções. Concluiu que apenas cerca de 23% do total da população e 5% da população rural teve acesso a cuidados de boa qualidade (GAGE et al., 2017).

Tem havido um desenvolvimento crescente de ferramentas para medir o impacto e a eficácia de políticas e práticas de cuidados de saúde (MACARAYAN et al., 2018). Além disso, têm sido utilizados novos modelos de pesquisa sobre diretrizes de cuidados, com criação de variáveis-chaves, para aplicá-las nos cuidados com determinadas doenças (CAMPOS et al., 2018).

Estudo de caso de um projeto de melhoria da qualidade em um hospital de tratamento agudo, focado em reduzir o tempo total de visitas do paciente na emergência alcançou uma média de 90 minutos ou menos por visita em 4 meses, demonstrando que um processo estruturado de melhoria da qualidade implementado por uma equipe multidisciplinar, com autoridade para fazer as alterações necessárias, pode redefinir a norma, com êxito, e reduzir o tempo de espera (PRYBUTOK, 2018).

Para analisarem por que algumas iniciativas globais de saúde recebem prioridade de líderes políticos internacionais e nacionais, enquanto outras recebem pouca atenção, Shiffman e Smith (2007) propuseram uma estrutura composta por quatro categorias: a força dos atores envolvidos na iniciativa, o poder das ideias que eles usam para retratar a questão, a natureza dos contextos políticos em que operam e as características da questão em si. A partir deste estudo de caso eles sugeriram áreas para pesquisas futuras sobre os determinantes da prioridade política para iniciativas globais de saúde (SHIFFMAN; SMITH, 2007).

Estudo de caso de Gana averiguou que, as principais políticas sociais públicas e o conteúdo do programa podem ser fortemente influenciados por outros fatores que não a disponibilidade ou a indisponibilidade de evidências para informar a tomada de decisão. Segundo os autores, no contexto de países em desenvolvimento de baixa renda, pode haver desequilíbrios no poder de tomada de decisões relacionadas a atores políticos fortes e dominantes, combinados com um fraco envolvimento da sociedade civil, sistemas de prestação de contas e poder e posição de analistas técnicos (AGYEPONG; ADJEI, 2008).

Um estudo de série temporal que teve como objetivo analisar a tendência dos indicadores de sífilis gestacional de 2008 a 2015 segundo características sociodemográficas e clínicas no Nordeste do Brasil, encontrou aumento na taxa de detecção de sífilis entre gestantes, entre 15 e 19 anos e pardas e forte correlação entre a taxa de detecção de sífilis e a cobertura da Estratégia saúde da família (MÉLO et al., 2020).

Em Pernambuco, foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, para avaliar o estágio de implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), os resultados mostraram o Sinasc como “implantado” (80,8%) no nível central estadual. No âmbito regional o grau de implantação variou entre “parcialmente implantado avançado” (69,3%) e “parcialmente implantado incipiente” (43,3%) (PEREIRA et al., 2013).

Estudo qualitativo, que teve como objetivos implementar intervenções educativas junto à adolescentes residentes no município de Paraíba, para o manejo do seu cuidado em saúde sexual e reprodutiva, e avaliar o impacto da intervenção no conhecimento de adolescentes de 12 a 18 anos, acerca da saúde sexual e reprodutiva, utilizou-se de instrumentos como pesquisa documental, questionário, World Café e grupo focal. Os resultados geraram dados da situação social e de saúde, importantes para o planejamento das ações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em parceria com a escola e outros setores da sociedade civil (SCORALICK, 2018).

O Departamento Nacional de Saúde da África do Sul procurou coordenar as organizações não-governamentais (ONGs) existentes para otimizar a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (PTV) com a criação de um Plano Acelerado, que usou quatro princípios de mudança em larga escala para alinhar a rede de ONGs parceiras (estabelecimento de metas e aprimoramento de dados, simplificação de processos e facilitação da execução local, construção de redes e ativação da coordenação). No período de seis meses do projeto, um total de 676 trabalhadores e gerentes de saúde foram treinados em métodos e ferramentas de melhoria da qualidade. Os autores concluíram que um modelo de rede para o Plano Acelerado poderia levar à rápida expansão de uma intervenção em saúde pública que salva vidas (MATE; NGUBANE; BARKER, 2013).

A partir desse retrospecto do campo da avaliação, chegando-se aos conceitos mais modernos, neste estudo pretende-se fazer a aplicação de parte deles.

Por meio da aplicação de critérios propostos por diversos autores (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994; HARTZ, 1997; STENZEL, 1996; PATTON, 1997). Novaes (2000) pontuou as principais variáveis consideradas orientadoras de decisões conceituais e metodológicas, para processos de avaliação: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado. Tomando como critérios as variáveis descritas pela autora e a identificação de três tipos de avaliação (investigação avaliatória, avaliação para decisão e avaliação para a gestão) pela autora, a partir da combinação dos mesmos, procurou-se classificar este estudo seguindo essa lógica (NOVAES, 2000).

Com base nas premissas abordadas por Novaes (2000), neste estudo, o objetivo é o aprimoramento; a posição do avaliador é variável, ora interno, ora externo; o enfoque priorizado é a caracterização/quantificação; a metodologia dominante é a quantitativa e a qualitativa situacional; o contexto é natural; a utilização da informação gera instrumentos para a gestão; e o juízo formulado em relação à temporalidade é gerador de normas num contexto integrado e contínuo (NOVAES, 2000).

Neste estudo de avaliação para a gestão, pretende-se contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata de buscar fundamentos, justificativas e nem direcionamentos, mas a melhoria de uma condição dada (NOVAES, 2000). Assim, a presença do avaliador interno é condição necessária e considera-se que nos seus termos se dê a participação do avaliador externo, geralmente presente.

Considerando-se o Plano de Enfrentamento “Vitória contra a Sífilis”, implantado em 2016, definiu-se o objeto deste estudo, a avaliação do Plano de Enfrentamento da Sífilis em Vitória (ES), o foco, suas ações; e o escopo da avaliação, o produto das ações desses eixos alcançados no quadriênio 2016-2019 no sistema municipal de saúde de Vitória (ES), considerando o universo de todas as Unidades de Saúde.

AVALIAÇÃO À LUZ DA TRÍADE DE DONABEDIAN

O Modelo Unificado de avaliação da qualidade proposto por Donabedian baseia-se em três componentes do cuidado em saúde que são a estrutura, o processo e o resultado (FEITOSA et al., 2016). Ele desenvolveu um conceito específico e também um conceito abrangente de qualidade, que são muito atuais e podem auxiliar àqueles que desejem realizar uma avaliação concreta (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 10).

A estrutura física, a provisão de recursos materiais e humanos e as características do processo de trabalho são fatores determinantes da qualidade da atenção à saúde (DONABEDIAN, 1980b). A estrutura diz respeito aos recursos materiais e humanos, o processo a tudo que medeia a relação profissional-usuário, todo o cuidado desde a sua busca e apreensão pelo usuário do serviço de saúde até o atendimento prestado, incluindo diagnóstico, prescrição e implementação do tratamento. Os resultados se referem ao produto das ações (DONABEDIAN, 1980a).

Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionadas com tudo o que faz intermediação entre o profissional e o usuário e os resultados, as modificações no estado de saúde dos indivíduos em decorrência da assistência e, no caso da vigilância, na diminuição dos riscos e na promoção da saúde. Em sua visão, a maneira mais direta de avaliar qualidade do cuidado seria analisar os processos que os constituem, sendo as abordagens dos resultados (e também de estrutura), formas indiretas para realizá-la (DONABEDIAN, 1980a).

A avaliação dos resultados consiste no efeito do cuidado prestado sobre o estado de saúde da população, utilizando a satisfação com o atendimento recebido. Os resultados podem ser um reflexo das ações do cuidado, porém não é possível apontar erros sem avaliar as etapas que o antecederam (DONABEDIAN, 1980b).

Na avaliação de desempenho do sistema de saúde, a qualidade da atenção é um dos âmbitos abordados, juntamente com o acesso e utilização de serviços, a satisfação do usuário, o estado de saúde da população e a proteção do risco financeiro (DONABEDIAN, 1980b).

Segundo Donabedian (1984, p. 6), o grau de qualidade é “[...] a medida em que a atenção prestada é capaz de alcançar o equilíbrio mais favorável

entre riscos e benefícios.” O norteamento e a delimitação do foco da avaliação dependem do conhecimento da teoria do programa e prática, da identificação das características e atributos dos programas, das políticas ou do sistema de saúde a serem avaliados e também da escolha dos tipos de avaliação a serem combinados (DONABEDIAN, 1980a).

O modelo de qualidade desenvolvido por ele integra benefícios, riscos e custos, permitindo aos avaliadores tratarem de questões mais amplas que as de adequação às normas, discutindo a qualidade como conceito abrangente, formado por sete pilares (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 10).

A avaliação da qualidade da atenção ganhou complexidade com os estudos de Donabedian (1966, 1978, 1980a,b,c, 1984, 1990, 1991, 1992, 1997), cujo embasamento conceitual apresenta duas linhas principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico que verifica a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado e a segunda se baseia em dimensões e atributos, conhecidos como os sete pilares da qualidade – efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (DONABEDIAN, 1990; FRIAS et al., 2010).

Ainda na visão de Donabedian a qualidade tomou um conceito ainda mais abrangente e complexo, as práticas em saúde para serem eficazes, deveriam ter um potencial de produzir resultados; para serem efetivas, deveriam modificar a realidade alcançando os seus objetivos; para serem eficientes, precisariam produzir resultados a um custo socialmente aceitável, para serem otimizadas, deveriam produzir os máximos benefícios ao menor custo; para serem aceitáveis, deveriam estar em conformidade aos desejos e expectativas dos usuários; além de serem acessíveis e conquistarem a legitimidade social (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 80-81).

Tomando o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1980) como o produto de dois fatores, a tecnologia do cuidado de saúde (derivado da ciência), assim como a aplicação da ciência e tecnologia na prática concreta ou “arte do cuidado” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014), foi proposto um modelo integrativo das relações entre estado de saúde, qualidade do cuidado e gasto de recursos, examinando em detalhes as implicações para a seleção de ótimas estratégias de cuidado, das três definições de qualidade - absolutista, individualizada e social - e dos dois tipos de eficiência - clínica e de produção (DONABEDIAN, 1982).

A qualidade foi considerada como uma propriedade que a atenção em saúde pode possuir em graus variáveis. As variáveis que definem essa propriedade são os benefícios, riscos e custos, mostrando suas relações através de um modelo unificado, aplicáveis às dimensões técnica e interpessoal. Foram incorporados posteriormente os conceitos de utilidade, acesso e satisfação. Em seguida, foram agregados estudos empíricos que dão conta dos avanços, das contribuições, divergências e limitações das experiências nesse campo. O processo da atenção foi considerado como o objeto primário da avaliação e definido como uma série de atividades que são conduzidas entre profissionais e pacientes em que a qualidade do processo de atenção está definida, em primeiro lugar, como comportamento normativo. Considerou a estrutura como os recursos humanos, físicos e financeiros para proporcionar a atenção (DONABEDIAN, 1984).

Donabedian realizou uma discussão sobre a avaliação da qualidade do atendimento e abordou as ligações causais entre os atributos estruturais dos ambientes em que ocorre o cuidado, os processos de cuidado e os resultados do cuidado (DONABEDIAN, 1988, 1997). Discutiu sobre o papel dos resultados na avaliação e garantia de qualidade a escolha de indicadores relevantes para o sucesso da avaliação. Reprovou o partidarismo irrefletido por um tipo de indicador em detrimento de outro (DONABEDIAN, 1992).

O resultado é considerado como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de expectativas e de padrões, configurando-se como a mudança no estado de saúde, que possa ser atribuída a esse cuidado (BRASIL, 2007). Nesse estudo o resultado foi considerado pela avaliação de indicadores e pela participação dos tomadores de decisão, na avaliação do Programa de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis. O resultado foi o produto dessas ações ao longo do quadriênio 2016 a 2019. Foram considerados desde os resultados intermediários relativos ao desempenho dos serviços, como por exemplo, aumento da cobertura, melhoria dos indicadores avaliados e ampliação do conjunto de procedimentos recomendados em protocolos até resultados finalísticos, decorrentes dos efeitos do cuidado na situação de saúde de usuários e população (DONABEDIAN, 1980a).

A avaliação abordará os processos organizacionais relacionados com a assistência aos usuários portadores de sífilis, do monitoramento da sífilis realizado

pela vigilância em saúde, a assistência prestada aos usuários e os resultados alcançados ao longo do quadriênio 2016 a 2019, no enfrentamento da sífilis em Vitória (ES), enfatizando os resultados do programa ao longo do quadriênio 2016-2020.

Sabendo-se que o processo é onde se dá a inter-relação entre o prestador e o receptor dos cuidados (BRASIL, 2007), neste estudo, considerar-se-á o processo como o próprio Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis, a realização de ações no cumprimento de cada eixo, mediando a relação profissional-usuário. Todo o cuidado desde a busca e acolhimento do usuário no serviço de saúde, perpassando pelo atendimento prestado, incluindo diagnóstico, prescrição e implementação do tratamento. Neste estudo, os critérios de avaliação serão partes dos processos e dos resultados.

TIPO DE ESTUDO

Estudo de avaliação para a gestão, de caráter descritivo, com abordagem quanti-qualitativa.

Segundo Novaes (2000), “a avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada” (NOVAES, 2000).

Assim, os critérios ou variáveis selecionadas da avaliação para a gestão, encontrados neste estudo são: seu objetivo é a produção do conhecimento para tomadas de decisão e aprimoramentos na gestão; quanto à posição do avaliador por referência ao objeto avaliado, a avaliadora é interna (visto que esta pesquisadora, fez parte do quadro de servidores municipais, com atuação no enfrentamento da sífilis); quanto ao enfoque priorizado, seria interno, de caracterização/compreensão de um contexto; a metodologia predominante, quantitativa e qualitativa; o contexto da avaliação é natural; a forma de utilização da informação produzida é a informação, /instrumentalização; o tipo de juízo formulado é o de recomendações ou normas; a temporalidade da avaliação é pontual (NOVAES, 2000).

A utilização da abordagem quantitativa em estudos avaliativos possibilita uma aproximação inicial com o objeto de avaliação. Enquanto a qualitativa permite aprofundar os significados acerca das experiências dos participantes,

buscando apreender suas percepções acerca das facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento (TANAKA; MELO, 2004).

A pesquisa descritiva busca a frequência, as características, a relação e associação entre variáveis, além de observar, descrever, explorar e documentar os aspectos de uma situação. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados e têm ainda como atributo a precisão das características de indivíduos, situações ou grupos, e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos (POLIT; BECK, 2019).

A abordagem quantitativa se caracterizou pela extração de informações dos sistemas de informação em saúde (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC e Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), que fundamentaram a compreensão em torno dos resultados quantitativos obtidos pelas ações do plano de enfrentamento da sífilis no período de 2016 a 2019 no município de Vitória (ES).

A abordagem qualitativa ocorreu por meio da análise documental, com coleta de dados em documentos oficiais (planos municipais de ação, relatórios de gestão e de serviços) e acesso ao prontuário eletrônico da Rede Bem-Estar. Foram utilizados no estudo documentos oficiais (portarias, decretos e leis), dos níveis federais, estaduais e municipais, assim como atas do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica (COPEMI-TV).

A análise documental contribuiu com uma riqueza de informações que foram extraídas e resgatadas dos documentos, ampliando o entendimento de questões cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Além disso, neste estudo, faz-se a reconstrução de uma história vivida, em que o uso de documentos permitiu acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social.

Ainda na abordagem qualitativa o estudo investigou a percepção dos diversos atores (profissionais de saúde e gestores) que atuam no enfrentamento da sífilis no município, tanto na assistência, como na vigilância e na gestão do plano de enfrentamento da sífilis. Para obtenção dos dados primários foram utilizadas entrevistas individuais e grupos focais com gestores e profissionais de saúde que atuaram no enfrentamento da sífilis em Vitória (ES).

O cenário deste estudo foi o município de Vitória, no Estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil. Considerou-se, para sua escolha, a construção, pela gestão municipal, do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis a partir do ano de 2016, que trata de diretrizes político-operacionais de enfrentamento desse agravo em Vitória (ES).

A Unidade de Análise foi composta pelas 29 unidades de saúde do município de Vitória (23 com ESF, 2 com EACS e 4 unidades básicas), que compõem seis regiões de saúde (São Pedro, Santo Antônio, Maruípe, Forte, Continental e Centro) e nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

De modo coerente com os objetivos propostos, foram selecionados para o estudo os componentes do Grupo de Trabalho (GT) em Sífilis da SEMUS, profissionais de saúde que atuam no COPEMI-TV, referências do agravo sífilis nas Unidades de Saúde (US) e profissionais das equipes de atenção básica (médicos/enfermeiros) que assistem às gestantes com sífilis.

Como critérios de inclusão adotou-se: para os membros do GT de Sífilis foi ocupar cargo formal de gestão ou estar implicado na implementação e avaliação de políticas, programas e ações voltados para o enfrentamento da sífilis dentro do quadriênio 2016-2019.

Para os profissionais de saúde do GT de Sífilis e COPEMI-TV, foram incluídos aqueles com atuação dentro do quadriênio considerado. Para os médicos, enfermeiros e referências da sífilis foram incluídos aqueles que pertenciam ao quadro na ocasião da coleta de dados.

Foram excluídos os gestores e/ou profissionais que estivessem, por qualquer motivo, afastados do serviço durante o período da pesquisa.

No intuito de tornar mais didática e facilitar a leitura e compreensão do texto, faz-se uma organização por tópicos em fase quantitativa e fase qualitativa. A coleta dos dados quantitativos ocorreu nos sistemas de informação em saúde: Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, no período de março a setembro de 2020.

Os dados complementares relativos ao seguimento da sífilis congênita e ao monitoramento da sífilis adquirida foram feitos por meio de busca em prontuário eletrônico na Rede Bem-Estar (SGIRBE) organizados em uma planilha do

programa Excel. Os dados de sífilis congênita foram coletados no período 01 de outubro de 2020 a maio de 2021. Os dados de sífilis adquirida foram coletados no período de 22 de agosto de 2020 a 21 de julho de 2021.

A Gerência de Vigilância em Saúde da SEMUS é responsável pela digitação, análise e consolidação das informações das fichas de notificação preenchidas, recebidas das unidades de saúde e outras fontes notificadoras, alimentando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Foram considerados casos confirmados de sífilis em gestantes (SG) e sífilis congênita (SC) os casos cujo diagnóstico ocorreu no citado quadriênio, constantes no SINAN.

Antes da digitação dos dados, as notificações foram revisadas na Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município, de acordo com os critérios de definição de caso de sífilis em gestante e sífilis congênita, do Ministério da Saúde, vigentes ao período 2016 a 2019 (BRASIL, 2016; 2017; 2019b).

Para avaliação da sífilis em gestantes, as variáveis estudadas foram distribuídas consoante as seguintes características sociodemográficas: idade materna em anos; cor da pele; idade gestacional do diagnóstico de sífilis e escolaridade. Utilizaram-se, também, características clínicas e laboratoriais, como: teste não treponêmico na gestação; teste treponêmico na gestação; classificação da sífilis; qualidade do tratamento recebido pela gestante (adequado, inadequado); se realizou ou não o tratamento do parceiro.

Para avaliação da sífilis congênita, as variáveis estudadas foram distribuídas conforme as seguintes características sociodemográficas da mãe: faixa etária; escolaridade; se realizou pré-natal; município de realização do pré-natal; momento do diagnóstico de sífilis materna; realização do teste não treponêmico (VDRL) da gestante; teste treponêmico da gestante no parto/curetagem; esquema de tratamento das mães; tratamento parceiro da mãe; município de nascimento/aborto/natimorto; locais de nascimento/aborto/natimorto. Também foram analisadas as características sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor), clínicas e laboratoriais das crianças (teste treponêmico, teste não treponêmico, análise laboratorial do líquido, raio X de ossos longos, diagnóstico clínico, sinais e sintomas apresentados e evolução dos casos). As variáveis categóricas foram expressas como frequências absoluta e relativa.

Para avaliação da sífilis adquirida as variáveis quantitativas estudadas foram: realização de pelo menos 1 VDRL após tratamento; realização de 2 VDRL em 6 meses ou 4 VDRL em 1 ano ou critério de cura (queda de duas titulações).

Os bancos de dados foram compostos pelas variáveis selecionadas das notificações de sífilis em gestante, sífilis congênita e sífilis adquirida, do citado quadriênio.

O banco de dados da sífilis em gestante foi composto pelas variáveis agrupadas em: características sociodemográficas: idade materna em anos; cor da pele; idade gestacional do diagnóstico de sífilis e escolaridade; características clínicas e laboratoriais como: teste não treponêmico na gestação; teste treponêmico na gestação; classificação da sífilis; qualidade do tratamento recebido pela gestante (adequado, inadequado); realização ou não o tratamento do parceiro.

O banco de dados da sífilis congênita foi composto pelas variáveis distribuídas conforme as seguintes características sociodemográficas da mãe: faixa etária; escolaridade; se realizou pré-natal; município de realização do pré-natal; momento do diagnóstico de sífilis materna; realização do teste não treponêmico (VDRL) da gestante; teste treponêmico da gestante no parto/curetagem; esquema de tratamento das mães; tratamento parceiro da mãe; município de nascimento/aborto/natimorto; locais de nascimento/aborto/natimorto. Também foram analisadas as características sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor), clínicas e laboratoriais das crianças (teste treponêmico, teste não treponêmico, análise laboratorial do líquido, raio X de ossos longos, diagnóstico clínico, sinais e sintomas apresentados e evolução dos casos).

O banco de dados da sífilis adquirida do SINAN foi composto pelas variáveis: Unidade da Federação (UF) da notificação, município da notificação, serviço da notificação, características sociodemográficas dos casos (sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, região de residência).

Como as informações de investigação dos casos de sífilis adquirida não são digitadas no SINAN (DOMINGUES et al., 2021), houve necessidade de revisar as notificações originais e o Sistema Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE), para a busca da completude dos dados.

Assim, foi construído um banco de dados complementar composto pelas informações das notificações originais (impressas ou inseridas no prontuário

eletrônico). Quando ocorreu divergência entre a informação da notificação e a do prontuário, prevaleceu a informação constante no prontuário eletrônico. O banco de dados complementar foi digitado no programa Excel, com os dados de investigação: dados clínicos e laboratoriais (teste não treponêmico, teste treponêmico, classificação clínica), tratamento, monitoramento (com pelo menos 1 VDRL, monitoramento com 2 VDRL em 6 meses ou 4 VDRL em 1 ano ou critério de cura). O banco de dados complementar foi somado ao banco disponibilizado pelo SINAN. Foi realizada a junção dos dois bancos de dados de sífilis adquirida.

Os dados quantitativos referentes ao quadriênio 2016 a 2019, foram analisados no programa PSPP, versão 1.3.0. Os dados de seguimento dos casos de sífilis congênita e sífilis adquirida, previstos no Plano de Enfrentamento da Sífilis, foram complementados por informações extraídas dos prontuários, registrados em planilha de Excel e analisados no Programa PSPP, versão 1.3.0.

Análise de indicadores de cada eixo do Programa de Enfrentamento da Sífilis em Vitória no quadriênio 2016-2019:

Eixo 1 – Captação precoce da gestante com sífilis

Este eixo foi avaliado a partir do indicador proporção de gestantes usuárias do SUS que iniciaram o pré-natal nas primeiras 12 semanas do período gestacional. Para os indicadores dos anos 2016 e 2017, os dados foram coletados do sistema SIS Pré-natal, vinculado à Coordenação de Informação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Quanto aos indicadores dos anos 2017 e 2018, os dados foram coletados do Sistema Informatizado Rede Bem-Estar (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Eixo 2- Acompanhamento de pré-natal de todas as gestantes

Esse eixo foi avaliado pela cobertura de consultas de pré-natal, conceituada como distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, [2012]). O indicador de cobertura é a proporção de nascidos vivos de mães segundo o número de consultas: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 e 7 e mais consultas de pré-natal. Esse indicador foi calculado a partir

do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (BRASIL, [2020], de base federal, para o período 2016 a 2017, e de base municipal, para o período 2018 a 2019.

Eixo 3 - Ofertar tratamento adequado para a sífilis (população geral)

A avaliação deste eixo, ao longo do quadriênio, foi por meio do indicador percentual de tratamento realizado com Penicilina Benzatina ou outro medicamento, expresso na notificação de sífilis adquirida do SINAN, a cada ano, com verificação do tratamento em prontuário vinculado ao SGIRBE (VITÓRIA, 2013).

Eixo 4 – Monitoramento dos casos de sífilis adquirida

Para avaliar este eixo foi utilizado o percentual de realização de teste não treponêmico, dentre os casos notificados de sífilis adquirida ao longo do quadriênio 2016 a 2019.

Eixo 5 – Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros

Para avaliá-lo, alguns indicadores foram selecionados. Quanto ao monitoramento da gestante, consideraram-se o percentual de teste treponêmico, o percentual de teste não treponêmico e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina; tratamentos recomendados, conforme fase clínica da doença. Em relação ao monitoramento do parceiro, os indicadores de monitoramento referem-se ao percentual de realização de tratamento concomitante do parceiro e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000UI de Penicilina Benzatina, expressos nas notificações de sífilis em gestante no quadriênio 2016 a 2019. Ao final, calcula-se o indicador composto pela média dos percentuais dos cinco indicadores acima.

Eixo 6 – Monitoramento do plano

O indicador do monitoramento do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis, foi feito pelas informações geradas pelo grupo focal realizado com os membros do GT de Sífilis.

Eixo 7 – Realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes

A avaliação deste eixo foi feita pelas informações geradas pelo grupo focal realizado com os membros do GT de Sífilis.

Eixo 8 – Seguimento da sífilis congênita

Foi considerado como seguimento do RN quando houver menção à sífilis congênita no prontuário eletrônico, acompanhada de resultado(s) de exame VDRL de controle, encaminhamento ao pediatra ou ao ambulatório de infecto-pediatria dos diversos hospitais de referência como o Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), Ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Ambulatório de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Vitória ou qualquer outro serviço de saúde público ou privado, além de registro de outros exames que compõem o protocolo de seguimento do RN com sífilis congênita (BRASIL, 2016, 2017, 2018, 2019).

Ao todo foram selecionados seis indicadores quantitativos para a avaliação de seis dos oito eixos do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis.

Os dados quantitativos, provenientes do estudo, foram tabulados, digitados, categorizados. Foram produzidas estatísticas simples, cruzamentos e análises capazes de se transformar em números, resultando nos indicadores trabalhados na pesquisa.

Já a coleta de dados qualitativos foi realizada entre os meses de outubro de 2020 a maio de 2021, pela própria pesquisadora, e consistiu na realização de: 1) entrevistas semiestruturadas e 2) grupos focais.

A pesquisa de campo com abordagem qualitativa foi realizada com objetivo de compreender a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, as referências da sífilis nas unidades de saúde, os membros do COPEMI e do GT de Sífilis (gestores), acerca das facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada um dos 8 eixos do plano de enfrentamento da sífilis na rede de saúde do município de Vitória (ES).

Na abordagem qualitativa, a eleição de atores sociais para a participação na pesquisa deve levar em conta os objetivos de aprofundar a compreensão sobre

determinado fenômeno social, não sendo pré-requisito a representatividade numérica desses participantes que pressuporia a generalização dos resultados alcançados (MINAYO, 2008).

As entrevistas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e referências da sífilis nas Unidades de Saúde) foram agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos e ocorreram em seus respectivos locais de trabalho, em sala reservada. Para todos os grupos e entrevistas semiestruturadas, realizaram-se três perguntas avaliativas correspondentes a cada um dos oito eixos do plano. A primeira pergunta foi: “Na sua percepção, quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo X?”; a segunda: “Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo X?”; a terceira: “Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo X, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?”

Para determinar o número de profissionais de saúde participantes do estudo foi utilizado uma ferramenta conceitual denominada “saturação teórica” (FONTANELLA et al., 2008), que pode ser definida como a suspensão de inclusão de novos participantes devido à redundância ou repetição de informações, passando a não mais acrescentar dados a pesquisa.

A entrevista ocorreu a partir do consentimento dos entrevistados e as falas foram registradas em um gravador digital (sistema MP3) para posterior transcrição e análise dos dados. Para assegurar o anonimato, a(o) entrevistada(o) foi identificada(o) como entrevistada(o) E, na sequência em que a entrevista aconteceu (E1, E2, E3, ... E12).

As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um roteiro de entrevista, que funcionou como um guia norteador para atender aos objetivos da pesquisa, o que valorizou a presença do pesquisador, da mesma forma que proporciona condições para que se capture comportamentos espontâneos dos entrevistados. A duração da entrevista variou de 11 minutos a 39 minutos. A primeira entrevista semiestruturada ocorreu em 01 de outubro de 2020 e a última em 09 de novembro de 2020.

Os grupos focais com os componentes do GT de Sífilis e COPEMI-TV foram agendados com o auxílio da Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município de Vitória. Essa técnica foi escolhida por permitir a exploração

de opiniões, atitudes e sentimentos dos participantes. Busca-se incitar a fala e a reação dos participantes ao que outros integrantes dizem, promovendo a interação social, a comunicação e a troca de ideias.

Foi utilizado um roteiro de grupo focal para auxiliar a condução do método, que apresenta como vantagem a possibilidade de maior diversidade e profundidade de respostas, sendo necessária a criação, por parte do moderador, de um ambiente onde os participantes se sintam seguros para compartilhar suas opiniões e vivências.

O grupo focal ocorreu a partir do consentimento dos entrevistados e as falas foram registradas em um gravador digital (sistema MP3) para posterior transcrição e análise dos dados. Os grupos focais ocorreram em dois encontros. A duração dos dois encontros do grupo focal do GT da sífilis foi de 1 hora e 23 minutos e a duração dos dois encontros do grupo focal do COPEMI-TV foi de 1 hora e 40 minutos.

Os dados coletados por meio das entrevistas e dos grupos focais foram transcritos na íntegra, obedecendo-se de maneira rigorosa a estrutura das falas dos participantes com o intuito de manter a fidedignidade dos depoimentos. O material produzido foi analisado de modo a se apreender os sentidos e significados expressos pelos participantes da pesquisa.

O material resultante das transcrições foi organizado de modo a compor o corpus do estudo, a partir da leitura cuidadosa do material transcrito, para a formulação de hipóteses e elaboração de indicadores que nortearam a análise. Foram realizadas leituras flutuantes de todo o material, permitindo-se fluir impressões e orientações sobre os dados, com o objetivo de apreender de maneira não sistematizada aspectos relevantes para a análise.

Para diminuir o subjetivismo da análise dos textos foi realizada a análise lexical a este corpus, de acordo com as exigências do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et Questionnaires), licence GNU GPL, versão 7,2 codificado de acordo com variáveis.

Cada entrevista foi considerada um texto e cada texto foi separado por linhas de comando. Com o conjunto dos vários textos preparou-se um corpus, sendo então, disponibilizado para um bloco de notas a fim de ser submetido à análise lexical.

Enquanto na análise de conteúdo clássica, os dados são interpretados e categorizados pelo pesquisador e, na sequência, organizados, quantificados e sistematizados, fazendo-se a análise a partir do conteúdo semântico para que esses dados sejam organizados e identificados, na análise lexical, o procedimento parte do vocabulário dos textos, das palavras neles presentes, que são identificadas e quantificadas conforme a sua frequência. Após a organização do vocabulário, os dados são interpretados (SALVIATI, 2017).

Para cumprir os requisitos exigidos pelo IRAMUTEQ, considerando a realização da análise categorial, cada texto foi caracterizado de acordo com as variáveis: profissionais participantes da pesquisa: médicos (m_1 até m_29), enfermeiros (e_1 até e_29) e referências de sífilis (rs_1 até rs_29) conforme a unidade de saúde onde cada um deles estava lotado.

Para se obter a análise categorial por região, foi feito o agrupamento dos corpus das entrevistas dos profissionais que compõem cada unidade de saúde as unidades de saúde (r_mar, r_cen, r_sp, r_san, r_cont, r_fsj).

A dedução lógica ocorre na inferência, bem como a descrição e a análise das diferentes classes encontradas pelo programa, permitem a interpretação. Entretanto, a análise automática apresenta resultados genéricos, que indicam caminhos a serem explorados e interpretados (SALVIATI, 2017, p. 5).

Assim, esse material deve ser compreendido como um software qualitativo de análise de dados – léxicos – para auxiliar e complementar a análise qualitativa do conteúdo. Estes resultados devem passar por avaliação e interpretação minuciosa dos pesquisadores, sendo considerados inclusive se existem dados que não foram apresentados pelos processamentos originados por meio de tecnologia.

Freitas e Janissek (2000) propõem que a academia comece a valorizar bem mais as questões subjetivas em harmonia com aquelas em demasia objetivas. Reforçam que conceitos, técnicas, métodos e ferramentas são em muito necessários, assim como se desenvolva um conjunto de diretrizes e procedimentos que possam ser seguidos (FREITAS; JANISSEK, 2000, p. 19).

Como tipos de análise do corpus textual IRAMUTEQ destaca-se: 1. análise lexical clássica; 2. análise de especificidades; 3. método da classificação hierárquica descendente (CHD); 4. análise de similitude; e 5. nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Quadro 1. Análise do corpus textual IRAMUTEQ.

| TIPOS DE ANÁLISE | FUNÇÃO |
|---|---|
| Análise lexical clássica | Identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE); identifica a quantidade de palavras, frequência média e número de hapax (palavras com frequência um); pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização); cria dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares. |
| Análise de especificidades | Associa diretamente os textos do banco de dados com variáveis descritoras dos seus produtores; é possível analisar a produção textual em função das variáveis de caracterização. Trata-se de uma análise de contrastes, na qual o corpus é dividido em função de uma variável escolhida pelo pesquisador. |
| Método da classificação hierárquica descendente | Classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). Esta análise visa obter classes de UCE que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes. |
| Análise de similitude | Possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise. |
| Nuvem de palavras | Agrupa organiza graficamente as palavras, em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave de um corpus. |

Fonte: CAMARGO; JUSTO, 2013; BOF, 2019.

Após a organização do corpus textual dos grupos focais e entrevistas coletados de acordo com cada eixo do plano de enfrentamento, o material foi analisado no IRAMUTEQ.

A ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS

O modelo de avaliação do enfrentamento da sífilis foi construído tomando por base o Plano de Enfrentamento Vitória contra a sífilis. Para a avaliação do enfrentamento da sífilis foram incluídos indicadores quantitativos e qualitativos tendo por referência as diretrizes nacionais e internacionais de controle da sífilis. Desta forma, é um modelo genérico, aplicável a outros municípios no Brasil e no mundo.

ASPECTOS ÉTICOS

Como este estudo propõe a pesquisa em documentos institucionais, acesso ao Sistema Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE) e entrevista a profissionais de saúde e gestores, uma solicitação de autorização foi encaminhada previamente à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) para a coleta de dados, seguindo o fluxo para autorização de pesquisas instituído pelo município de Vitória.

Em seguida, o estudo foi registrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFES e aprovado pelo parecer de número 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060.

Foi realizado contato prévio com gestores e também com profissionais detentores de relatórios nos serviços.

O presente projeto envolveu também a utilização de dados secundários disponíveis em sistemas de informação, mas não incluiu coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Antes da coleta de dados, cada participante do estudo foi informado quanto aos objetivos da pesquisa, riscos, benefícios e quanto à garantia da confidencialidade de sua identidade e das informações prestadas.

Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente a todos as pessoas a serem entrevistadas. No termo constam todos os esclarecimentos relativos ao estudo. Após a leitura, os participantes assinaram o Termo antes da entrevista/grupo focal. Além disso, foram informados sobre a liberdade para aceitarem ou recusarem a participação na pesquisa, interromperem a entrevista ou retirarem-se do estudo a qualquer momento sem que houvesse prejuízos.

O estudo é considerado de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde na publicação “International ethical guidelines for medical research involving humans subjects” (CIOMS/WHO, 2016).

RESULTADOS

Após a coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos os resultados deste estudo foram organizados em capítulos de livros, conforme descrito a seguir:

Para o alcance do primeiro objetivo foi estruturado um capítulo de livro intitulado “Sífilis gestacional: análise dos casos e ações de enfrentamento de

2016-2019, em Vitória (ES)” que foi publicado como capítulo 2 do livro *Gestão e Práticas em Saúde Coletiva* (BARCELOS et al., 2022b). Para o alcance do segundo objetivo foi estruturado um artigo original intitulado “Sífilis congênita: análise epidemiológica e evento sentinela da qualidade da assistência ao binômio mãe/recém-nascido” que foi publicado na revista *Journal of Human and Growth and Development* (BARCELOS et al., 2021b).

Para o alcance do terceiro objetivo foi estruturado um capítulo intitulado “Avaliação das ações de enfrentamento da sífilis adquirida 2016-2019, numa capital do sudeste brasileiro”, que foi submetido e aceito à revista *Journal of Human and Growth and Development* (BARCELOS et al., 2021a).

Foi finalizada a construção do corpus textual dos dois grupos focais e das 87 entrevistas, para a análise dos dados e foi escrito o último artigo da tese, e aqui compondo como capítulo, intitulado “O enfrentamento da sífilis em Vitória (ES) no quadriênio 2016-2019: avaliação qualitativa para a gestão”, que congregou indicadores qualitativos dos oito eixos do plano e a síntese da avaliação qualitativa realizada pelos membros do GT da Sífilis, membros do COPEMI-TV e pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e referências da sífilis) das 29 unidades de saúde do município de Vitória (ES). Este artigo foi publicado na revista *Research Society and Development* (BARCELOS et al., 2022a).

Para o alcance do quinto objetivo “propor um modelo lógico de avaliação do enfrentamento da sífilis para a gestão do município”, no sentido de contribuir com a gestão no controle e aprimoramento das ações de enfrentamento da sífilis em Vitória (ES), nos próximos quadriênios, apresenta-se o citado modelo como um dos resultados do estudo.

CAPÍTULO 2

SÍFILIS GESTACIONAL: ANÁLISE DOS CASOS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO NO QUADRIÊNIO 2016 A 2019, EM VITÓRIA (ES)³

A sífilis é uma doença milenar, que vem prevalecendo, malgrado muitas tentativas de sua eliminação, e se mantém como um grande problema de saúde pública no mundo (CARDOSO et al., 2018). Apesar de a sífilis na gravidez ser relativamente simples, baixo custo para diagnosticar e tratar com a penicilina, há um registro considerável de mortalidade associado à sífilis materna e congênita não tratadas (BENNANI et al., 2017; BERTUSSO et al., 2018).

Dentre as estratégias globais, cita-se a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que visa à redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, e eliminar as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças disseminadas pela água, e outras doenças transmissíveis – por exemplo, a sífilis (ONU, [20--]).

A prevalência global estimada de sífilis materna, em 2016, foi de 0,69%, resultando em uma taxa global de sífilis congênita (SC) de 473 por 100 mil nascidos vivos e um total de 661 mil casos de SC, incluindo 355 mil desfechos adversos ao nascimento (ABO) e 306 mil lactentes sem sinais clínicos, nascidos de mães não tratadas). Acrescentam-se 143 mil óbitos fetais e natimortos, 61 mil óbitos neonatais, 41 mil prematuros ou com baixo peso (KORENKOMP et al., 2019).

O Brasil registrou 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,4/1.000 nascidos vivos) no ano de 2018 (BRASIL, 2020). Na última década, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, devido à melhoria do sistema de vigilância e ampliação da utilização de testes rápidos (BRASIL, 2018).

3 BARCELOS, M. R. B. et al. Sífilis gestacional: análise dos casos e ações de enfrentamento de 2016-2019 em Vitória (ES). In: ANDRADE, M. A. C. et al. (org.). Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: da política à ação. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, Rio de Janeiro: AREA27, 2022. 420 p.

O estado do Espírito Santo (ES), no período de 2010 a 2018, foi um dos oito estados com maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes do Brasil, e, em 2017, esteve entre os 11 estados que apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional. O município de Vitória (ES) constou, no período de 2010 a 2018, entre as 18 capitais com taxas de detecção de sífilis em gestantes, superior à do Brasil (BRASIL, 2019a).

A partir de 2016, ocorreu, no município de Vitória, uma reformulação do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis, com vistas a melhor atuação da vigilância e assistência, com foco no avanço progressivo do enfrentamento da sífilis (VITÓRIA, 2016). Esse plano é composto de oito eixos, sendo que três deles se relacionam diretamente ao objetivo de: captação precoce das gestantes com sífilis, acompanhamento pré-natal de todas as gestantes e monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros. Somando-se às estratégias previstas no plano, o município vem obtendo a atuação das diversas instâncias de gestão, da integração entre vigilância e assistência, focadas na melhoria progressiva do enfrentamento da sífilis (VITÓRIA, 2016).

Ao analisar os dados das fichas de notificação de um período, adquire-se mais conhecimento do problema, além de proporcionar oportunidade de elaboração de políticas públicas de saúde que visem melhorar a atenção pré-natal e, conseqüentemente, a prevenção da transmissão vertical (TV) da sífilis. Assim, este estudo tem por objetivo descrever os casos notificados de sífilis em gestantes e ações de enfrentamento da sífilis em Vitória, Espírito Santo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. A coleta de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi relativa ao período de 01/01/2016 a 31/12/2019. A análise estatística ocorreu a partir de janeiro de 2020.

A Gerência de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), é responsável pela análise e consolidação das informações e digitação das fichas de notificação, recebidas das unidades de saúde e serviços hospitalares alimentando o SINAN.

Antes da digitação dos dados, as notificações foram revisadas na Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município, de acordo com os critérios de definição de caso de sífilis em gestante, do Ministério da Saúde, vigentes ao período 2016 a 2019 (BRASIL, 2016, 2017, 2019b).

As variáveis estudadas foram distribuídas consoante as seguintes características sociodemográficas: idade materna em anos; cor da pele; idade gestacional do diagnóstico de sífilis e escolaridade. Utilizaram-se, também, características clínicas e laboratoriais, como: teste não treponêmico na gestação; teste treponêmico na gestação; classificação da sífilis; qualidade do tratamento recebido pela gestante (adequado, inadequado); se realizou ou não o tratamento do parceiro.

O tratamento considerado adequado à gestante, para o ano de 2016 até o dia 12 de outubro de 2017, era o uso somente da penicilina, completo, adequado na dose e no tempo, de acordo com a fase clínica da doença e finalização do tratamento em até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2016).

A partir de 13 de outubro de 2017, a Nota Informativa n.º 2-SEI/2017 estabeleceu uma mudança nos critérios de adequação do tratamento, incluindo a administração de penicilina benzatínica, com início do tratamento até 30 dias antes do parto, esquema terapêutico relacionado ao estágio clínico da sífilis, respeito ao intervalo recomendado das doses, que é de 7 dias até no máximo 14 dias (BRASIL, 2017).

As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. Além disso, calculou-se a taxa de detecção de sífilis em gestantes para cada mil nascidos vivos (n. v.), obtida pela divisão do número de casos com sífilis em gestante de determinado ano, pela quantidade de nascidos vivos no mesmo ano e multiplicação por 1000.

O Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis é composto por oito eixos, sendo três deles relacionados às gestantes. O primeiro eixo – a captação precoce das gestantes com sífilis – será analisado a partir do indicador proporção de gestantes usuárias do SUS que iniciaram o pré-natal nas primeiras 12 semanas do período gestacional. Para os indicadores dos anos 2016 e 2017, os dados foram coletados do sistema SIS Pré-natal, vinculado à Coordenação de Informação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Quanto aos indicadores dos anos 2017 e 2018, os dados foram coletados do Sistema Informatizado Rede Bem-Estar (ESPÍRITO SANTO, 2013).

O segundo eixo é o acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes. Cada equipe deve realizar a vigilância das gestantes de seu território de atuação. Esse eixo será avaliado pela cobertura de consultas de pré-natal, conceituada como distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, [2012]). O indicador de cobertura é a proporção de nascidos vivos de mães segundo o número de consultas: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 e 7 e mais consultas de pré-natal. Esse indicador foi calculado a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (BRASIL, [2020], de base federal, para o período 2016 a 2017, e de base municipal, para o período 2018 a 2019).

O quinto eixo é o monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros e, para avaliá-lo, alguns indicadores foram selecionados. Quanto ao monitoramento da gestante, consideraram-se o percentual de teste treponêmico, o percentual de teste não treponêmico e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina; tratamentos recomendados, conforme fase clínica da doença. Em relação ao monitoramento do parceiro, os indicadores de monitoramento referem-se ao percentual de realização de tratamento concomitante do parceiro e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000UI de Penicilina Benzatina, expressos nas notificações de sífilis em gestante no quadriênio 2016 a 2019. Ao final, calcula-se o indicador composto pela média dos percentuais dos cinco indicadores acima.

A análise dos dados do SINAN e SINASC foi realizada por meio do pacote estatístico PSPP. Esta pesquisa foi aprovada pelo Parecer n.º 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060.

RESULTADOS

No quadriênio 2016 a 2019, o município de Vitória teve 715 mulheres residentes notificadas para sífilis na gestação, pelo critério ano de diagnóstico, sendo tal número crescente ao longo dos quatro anos: 169 casos em 2016, 172 em 2017, 176 em 2018 e 198 em 2019 (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra: características sociodemográficas - banco de dados sífilis em gestante de Residentes em Vitória – 2016 a 2019.

| Variáveis | Ano do diagnóstico | | | | | | | | Total | |
|---|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | | |
| | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Faixa etária | | | | | | | | | | |
| 10 a 19 anos | 50 | 29,6 | 49 | 28,5 | 51 | 29,0 | 42 | 21,2 | 192 | 26,9 |
| 20 a 29 anos | 93 | 55,0 | 87 | 50,6 | 86 | 48,9 | 120 | 60,6 | 386 | 54,0 |
| 30 a 39 anos | 23 | 13,6 | 34 | 19,8 | 33 | 18,8 | 33 | 16,7 | 123 | 17,2 |
| 40 a 49 anos | 3 | 1,8 | 2 | 1,2 | 6 | 3,4 | 3 | 1,5 | 14 | 2,0 |
| Gestante | | | | | | | | | | |
| 1º Trimestre | 57 | 33,7 | 70 | 40,7 | 74 | 42,0 | 101 | 51,0 | 302 | 42,2 |
| 2º Trimestre | 36 | 21,3 | 50 | 29,1 | 39 | 22,2 | 48 | 24,2 | 173 | 24,2 |
| 3º Trimestre | 67 | 39,6 | 42 | 24,4 | 53 | 30,1 | 42 | 21,2 | 204 | 28,6 |
| Ignorada | 9 | 5,3 | 10 | 5,8 | 10 | 5,7 | 7 | 3,5 | 36 | 5,0 |
| Raça/Cor | | | | | | | | | | |
| Branca | 12 | 7,1 | 34 | 19,8 | 24 | 13,6 | 34 | 17,2 | 104 | 14,5 |
| Preta | 28 | 16,6 | 23 | 13,4 | 27 | 15,3 | 24 | 12,1 | 102 | 14,3 |
| Amarela | - | - | 2 | 1,2 | - | - | - | - | 2 | 0,3 |
| Parda | 93 | 55,0 | 92 | 53,5 | 102 | 58,0 | 106 | 53,5 | 393 | 55,0 |
| Ignorado | 33 | 19,5 | 21 | 12,2 | 23 | 13,1 | 34 | 17,2 | 111 | 15,5 |
| Em branco | 3 | 1,8 | - | - | - | - | - | - | 3 | 0,4 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | 2 | 1,2 | 1 | ,6 | 1 | ,6 | 2 | 1,0 | 6 | ,8 |
| 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) | 6 | 3,6 | 6 | 3,5 | 3 | 1,7 | 4 | 2,0 | 19 | 2,7 |
| 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) | 5 | 3,0 | 5 | 2,9 | 5 | 2,8 | 6 | 3,0 | 21 | 2,9 |
| 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) | 55 | 32,5 | 42 | 24,4 | 44 | 25,0 | 60 | 30,3 | 201 | 28,1 |
| Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) | 15 | 8,9 | 20 | 11,6 | 14 | 8,0 | 21 | 10,6 | 70 | 9,8 |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) | 23 | 13,6 | 27 | 15,7 | 21 | 11,9 | 22 | 11,1 | 93 | 13,0 |
| Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) | 18 | 10,7 | 33 | 19,2 | 23 | 13,1 | 31 | 15,7 | 105 | 14,7 |
| Educação superior incompleta | 3 | 1,8 | 8 | 4,7 | 2 | 1,1 | 6 | 3,0 | 19 | 2,7 |
| Educação superior completa | - | - | 3 | 1,7 | - | - | 4 | 2,0 | 7 | 1,0 |
| Ignorado | 35 | 20,7 | 23 | 13,4 | 57 | 32,4 | 40 | 20,2 | 155 | 21,7 |
| Em branco | 7 | 4,1 | 4 | 2,3 | 6 | 3,4 | 2 | 1,0 | 19 | 2,7 |
| Total | 169 | 100,0 | 172 | 100,0 | 176 | 100,0 | 198 | 100,0 | 715 | 100,0 |

As gestantes apresentaram, como faixa etária predominante, a de 20 a 29 anos (54,0%), e as seguintes: 10 a 19 anos (26,9%), 30 a 39 anos (17,2%) e 40 a 49 anos (2,0%). A raça/cor predominante foi a parda (55,0%), seguida pela branca (14,5%), preta (14,3%) e amarela (0,3%). Cabe ressaltar que houve um percentual de 15,5% de raça/cor ignorada e 0,4% em branco.

Os casos foram notificados, em sua grande maioria, durante o pré-natal, pelas unidades de saúde do município de Vitória e alguns serviços privados (76,6%), bem como pelos hospitais e maternidades públicas e privadas localizados em Vitória (22,2%). A notificação ocorreu quando a gestante se encontrava no primeiro trimestre em 42,2%, no terceiro trimestre em 28,6% e no segundo trimestre em 24,2% do total das gestantes do quadriênio. A opção “idade gestacional ignorada” compreendeu 5% do total. Do total de gestantes, 57,3% possuíam o ensino médio incompleto e 28,2%, ensino fundamental incompleto; houve 21,7% com a escolaridade indicada como “ignorado”.

As gestantes notificadas com sífilis, no quadriênio, residiam nas seguintes regiões: 30,1%, Maruípe; 25,3%, São Pedro; 13,3%, Santo Antônio; 12,4%, Forte São João; 10,6%, Continental; e 8,3%, Centro.

Quanto ao município de realização do pré-natal, do total de gestantes diagnosticadas com sífilis, no quadriênio, 90,8% realizaram o pré-natal no município de Vitória, 1,1% em outros municípios do estado do Espírito Santo, 0,3% no estado do Rio de Janeiro e 0,1% no estado da Bahia. A opção foi deixada em branco em 7,7% das notificações.

A classificação clínica da sífilis foi considerada como latente em 38,7% dos casos; ignorada em 28,7%; primária em 11,2%; em branco em 8,7%; terciária em 7,3%; e secundária em 5,5% dos casos.

Quanto ao teste treponêmico no pré-natal, 56,1% das gestantes realizaram o teste treponêmico. Desses, 53,0% tiveram teste reagente e 3,1% teste não reagente. Do total de gestantes, 33,4% não o realizaram. Em 10,5% dos casos foi ignorado se a gestante fez o teste treponêmico (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra: testagem e tratamento da gestante e parceria - banco de dados sífilis em gestante de residentes em Vitória – 2016 a 2019.

| Variáveis | Ano do diagnóstico | | | | | | | | Total | |
|---|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | | |
| | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Teste treponêmico no Pré-natal | | | | | | | | | | |
| Reagente | 76 | 45,0 | 92 | 53,5 | 93 | 52,8 | 118 | 59,6 | 379 | 53,0 |
| Não reagente | 2 | 1,2 | 3 | 1,7 | 1 | 0,6 | 16 | 8,1 | 22 | 3,1 |
| Não realizado | 69 | 40,8 | 59 | 34,3 | 67 | 38,1 | 44 | 22,2 | 239 | 33,4 |
| Ignorado | 22 | 13,0 | 18 | 10,5 | 15 | 8,5 | 20 | 10,1 | 75 | 10,5 |
| Esquema de tratamento | | | | | | | | | | |
| Penicilina G benzatina 2.400.000UI | 19 | 11,2 | 9 | 5,2 | 7 | 4,0 | 6 | 3,0 | 41 | 5,7 |
| Penicilina G benzatina 4.800.000UI | 3 | 1,8 | 4 | 2,3 | - | - | 2 | 1,0 | 9 | 1,3 |
| Penicilina G benzatina 7.200.000UI | 121 | 71,6 | 134 | 77,9 | 141 | 80,1 | 179 | 90,4 | 575 | 80,4 |
| Outro esquema | 2 | 1,2 | 1 | 0,6 | 2 | 1,1 | - | - | 5 | ,7 |
| Não realizado | 20 | 11,8 | 18 | 10,5 | 23 | 13,1 | 10 | 5,1 | 71 | 9,9 |
| Ignorado | 4 | 2,4 | 6 | 3,5 | 3 | 1,7 | 1 | 0,5 | 14 | 2,0 |
| Parceiro tratado concomitantemente com a gestante | | | | | | | | | | |
| Sim | 53 | 31,4 | 64 | 37,2 | 54 | 30,7 | 76 | 38,4 | 247 | 34,5 |
| Não | 95 | 56,2 | 94 | 54,7 | 95 | 54,0 | 86 | 43,4 | 370 | 51,7 |
| Ignorado | 21 | 12,4 | 13 | 7,6 | 27 | 15,3 | 36 | 18,2 | 97 | 13,6 |
| Em branco | - | - | 1 | 0,6 | - | - | - | - | 1 | 0,1 |
| Esquema de tratamento prescrito ao parceiro | | | | | | | | | | |
| Penicilina g benzatina 2.400.000ui | 20 | 11,8 | 21 | 12,2 | 18 | 10,2 | 40 | 20,2 | 99 | 13,8 |
| Penicilina g benzatina 4.800.000ui | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | - | - | - | - | 2 | 0,3 |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Penicilina g benzatina 7.200.000ui | 40 | 23,7 | 46 | 26,7 | 34 | 19,3 | 34 | 17,2 | 154 | 21,5 |
| Outro esquema | - | - | - | - | - | - | 4 | 2,0 | 4 | 0,6 |
| Não realizado | 80 | 47,3 | 85 | 49,4 | 92 | 52,3 | 79 | 39,9 | 336 | 47,0 |
| Ignorado | 22 | 13,0 | 18 | 10,5 | 31 | 17,6 | 38 | 19,2 | 109 | 15,2 |
| Em branco | 6 | 3,6 | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | 3 | 1,5 | 11 | 1,5 |
| Motivo para o não tratamento do parceiro | | | | | | | | | | |
| Parceiro não teve mais contato com a gestante | 25 | 14,8 | 23 | 13,4 | 23 | 13,1 | 30 | 15,2 | 101 | 14,1 |
| Parceiro não foi comunicado/convocado à us para tratamento | 10 | 5,9 | 8 | 4,7 | 15 | 8,5 | 20 | 10,1 | 53 | 7,4 |
| Parceiro foi comunicado/convocado à us para tratamento, mas não compareceu | 15 | 8,9 | 8 | 4,7 | 10 | 5,7 | 15 | 7,6 | 48 | 6,7 |
| Parceiro foi comunicado/convocado à us mas recusou o tratamento. | 5 | 3,0 | 2 | 1,2 | 2 | 1,1 | 4 | 2,0 | 13 | 1,8 |
| Parceiro com sorologia não reagente | 7 | 4,1 | 6 | 3,5 | 3 | 1,7 | 10 | 5,1 | 26 | 3,6 |
| Outro motivo | 46 | 27,2 | 50 | 29,1 | 52 | 29,5 | 53 | 26,8 | 201 | 28,1 |
| Em branco | 61 | 36,1 | 75 | 43,6 | 71 | 40,3 | 66 | 33,3 | 273 | 38,2 |
| Teste não treponêmico no Pré-natal | | | | | | | | | | |
| Reagente | 159 | 94,1 | 147 | 85,5 | 164 | 93,2 | 180 | 90,9 | 650 | 90,9 |
| Não reagente | 3 | 1,8 | 7 | 4,1 | 3 | 1,7 | 5 | 2,5 | 18 | 2,5 |
| Não realizado | 6 | 3,6 | 14 | 8,1 | 5 | 2,8 | 11 | 5,6 | 36 | 5,0 |
| Ignorado | 1 | ,6 | 4 | 2,3 | 4 | 2,3 | 2 | 1,0 | 11 | 1,5 |
| Resultado | | | | | | | | | | |
| Menor ou igual 1:8 | 90 | 56,6 | 91 | 61,9 | 80 | 48,8 | 100 | 55,6 | 361 | 55,5 |
| Maior que 1:8 | 69 | 43,4 | 56 | 38,1 | 84 | 51,2 | 80 | 44,4 | 289 | 44,5 |
| Total | 159 | 100,0 | 147 | 100,0 | 164 | 100,0 | 180 | 100,0 | 650 | 100,0 |
| Total Geral | 169 | 100,0 | 172 | 100,0 | 176 | 100,0 | 198 | 100,0 | 715 | 100,0 |

Quanto ao teste não treponêmico no pré-natal – que, no município de Vitória, tem sido o VDRL –, foi realizado em 93,4% dos casos do quadriênio, sendo reagente em 90,9% e não reagente em 2,5% dos casos. Em 5% dos casos,

não foi realizado, e em 1,5% das notificações identificou-se ignorado. Dentre as gestantes que realizaram o VDRL, em 55,5% delas o VDRL foi menor ou igual a 1:8 e, em 44,5% delas, maior que 1:8.

O esquema de tratamento das gestantes foi, na maioria das vezes, a Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (80,4%), não realizado em 9,9%; 2.400.000 UI em 5,7%, ignorado em 2,0%; e utilizou-se Penicilina Benzatina 4.800.000 UI em 1,3% dos casos.

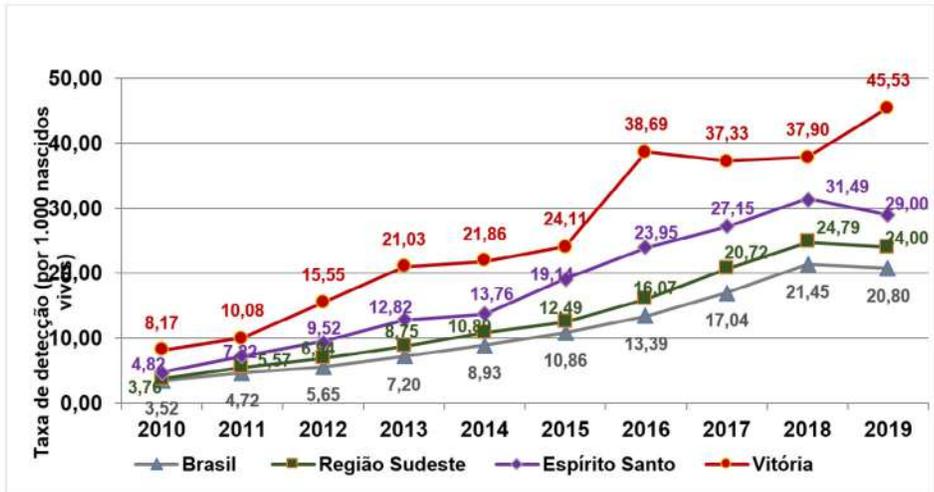
Os parceiros foram tratados concomitantemente à gestante em 34,5% dos casos, e não tratados em 51,8%. Em 13,6%, o tratamento do parceiro foi ignorado e, “em branco”, em 0,1% dos casos.

O esquema de tratamento do parceiro foi a Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI em 21,5% dos casos, 4.800.000 UI em 0,3%, 2.400.000 UI em 13,9%, e outro esquema em 0,6% dos casos. O esquema de tratamento foi informado como ignorado em 15,2% dos casos, em branco, 1,5%, e não realizado, em 47,0% dos casos.

Os motivos para o não tratamento do parceiro foram: ele não teve mais contato com a gestante (14,1%); não foi comunicado/convocado à unidade de saúde (US) para tratamento (7,4%); foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu (6,8%); foi comunicado/convocado à US, mas recusou o tratamento (1,8%); outro motivo (28,1%); e parceiro com sorologia não reagente (3,6%). A informação não foi prestada em 38,2% (desses, 34,5 % equivalem aos casos tratados).

Neste estudo, os dados demonstram que as taxas de detecção de sífilis em gestante, no município de Vitória, sempre foram superiores às do estado, incluindo o quadriênio 2016 a 2019. Essas, por sua vez, verificaram-se superiores às da Região Sudeste, e também maiores do que as do Brasil. No quadriênio 2016 a 2019, observou-se aumento na taxa de detecção, passando de 8,17 casos detectados de sífilis em gestantes /mil n.v., em 2010 (BRASIL, [2020]) para 45,53 casos/mil n.v., em 2019 (ESPÍRITO SANTO, 2020), posicionando Vitória/ES dentre as capitais com as maiores taxas de detecção do país (Gráfico 1).

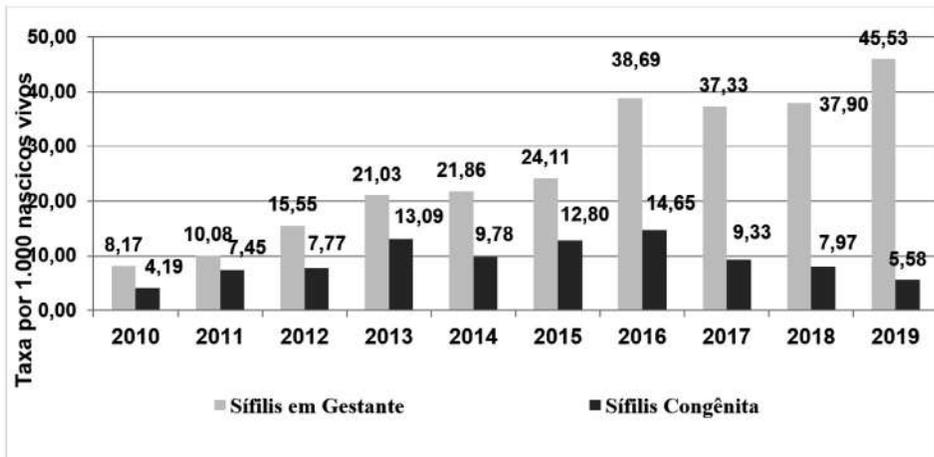
Gráfico 1. Taxas de detecção sífilis em gestante (/1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico, por local de residência – anos 2010 a 2019.



Fontes: Brasil (2020), Vitória (2020)

Comparando as taxas no quadriênio 2016-2019, observou-se que, enquanto a taxa de detecção de sífilis gestacional foi crescente, a de incidência de sífilis congênita, decrescente (Gráfico 2).

Gráfico 2. Taxas de detecção da sífilis em gestantes e incidência da sífilis congênita em menores de um ano (/1.000 nascidos vivos) – anos 2010 a 2019.



Fontes: Brasil (2020), Vitória (2020)

O indicador do eixo 1 do Plano de Enfrentamento, percentual de captação precoce, foi 62,5% em 2016, 63,67% em 2017, 66,60% em 2018 e 66,71 em 2019 (BRASIL, [2020], ESPÍRITO SANTO, 2020).

O indicador do eixo 2, a cobertura de pré-natal – ou seja, a proporção de nascidos vivos de mães com 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e 7 e mais consultas de pré-natal – foi de: 99,13 em 2016; 98,71 em 2017; 98,81 em 2018; e 99,26 em 2019. A proporção de nascidos vivos de mães com 7 consultas e mais foi de: 79,08% em 2016; 80,75% em 2017; 81,07% em 2018; e 82,74% em 2019 (Tabela 3).

Tabela 3. Cobertura de pré-natal no município de Vitória no Quadriênio 2016 a 2019.

| Frequência de consultas de pré-natal | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|--------------------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Nenhuma | 24 | 0,55 | 42 | 0,91 | 38 | 0,82 | 19 | 0,42 |
| 1-3 vezes | 175 | 4,01 | 143 | 3,10 | 151 | 3,25 | 133 | 2,97 |
| 4-6 vezes | 701 | 16,05 | 685 | 14,87 | 673 | 14,49 | 607 | 13,56 |
| 7 e + | 3.454 | 79,08 | 3.721 | 80,75 | 3.765 | 81,07 | 3.705 | 82,74 |
| Não informado | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Ignorado | 14 | 0,32 | 17 | 0,37 | 17 | 0,37 | 14 | 0,31 |
| Cobertura 1 ou + vezes | 4.330 | 99,13 | 4.549 | 98,71 | 4.589 | 98,81 | 4.445 | 99,26 |
| Total | 4.368 | 100,00 | 4.608 | 100,00 | 4.644 | 100,00 | 4.478 | 100,00 |

Fonte: Vitória (2020).

Quanto aos indicadores do eixo 5 para as gestantes, o percentual de realização de teste treponêmico foi de 46,2% em 2016, 55,2% em 2017, 53,4% em 2018 e 67,7% em 2019. Sobre o percentual de realização de VDRL, foi de 95,9% em 2016, 89,6% em 2017, 94,9% em 2018 e 93,4% em 2019. Referente à soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e com 2.400.000UI de Penicilina Benzatina foi de 82,8 em 2016, 83,1 em 2017, 84,1 em 2018 e 93,4 em 2019.

Quanto aos indicadores do eixo 5 para os parceiros, o percentual de realização de tratamento concomitante ao do parceiro foi de 31,4 em 2016, 37,2 em 2017, 30,7 em 2018 e 38,4 em 2019. A soma do percentual de tratamento dos parceiros com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina foi 35,5%

em 2016, 38,9% em 2017, 29,5 em 2018 e 37,4 em 2019 (Tabela 2). O indicador composto pela média dos percentuais dos cinco indicadores acima foi 58,36% em 2016, 60,8% em 2017, 58,52% em 2018 e 66,06 em 2019.

DISCUSSÃO

No quadriênio 2016 a 2019, Vitória apresentou aumento do número de casos notificados de sífilis em gestantes, e também da taxa de detecção dessa doença, acompanhando a tendência observada no estado de Espírito Santo, na região Sudeste e no Brasil. Acredita-se que, em parte, tal fato se deva ao aumento da testagem rápida, pois considera-se que o avanço importante no rastreamento da sífilis seja a disponibilidade relativamente recente de testes rápidos de diagnóstico, seja para a detecção de anticorpos do *Treponema pallidum* isoladamente ou em conjunto, com a detecção de anticorpos para o HIV (TAYLOR et al., 2018).

Além disso, muitos estudos têm abordado o ressurgimento da sífilis, particularmente em populações específicas, inclusive em comunidades de homens que fazem sexo com homens (HSH), em muitas partes do mundo (ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017; AMSALU; FERREDE; ASSEGU, 2018; ARORA et al., 2016; FERNANDES et al., 2015).

O aumento da taxa de detecção, além de ter influência do aumento da testagem rápida no quadriênio, significa que a epidemia de sífilis está em ascensão no município, assim como no estado do Espírito Santo (SOARES et al., 2020), no Brasil (MIRANDA et al., 2019) e no mundo (KITAYAMA et al., 2017; BOFFIN et al., 2017; KIMBALL et al., 2020). Por isso, requer monitoramento ainda mais aprimorado, para resultar em diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados (SOARES et al., 2020).

Em Vitória, a faixa etária mais acometida pela sífilis gestacional, a raça/cor e o nível de escolaridade seguiram o padrão observado no país. No período de 2010 a 2017, as gestantes diagnosticadas com sífilis, no Brasil, foram, principalmente, as pardas e jovens, nas seguintes faixas etárias: de 20 a 29 anos, de 15 a 19 anos, e de 30 a 39 anos, respectivamente. Quanto à raça/cor, em ordem de frequência, a parda foi seguida pela branca e negra, e 51,5% das mulheres não tinham o ensino médio completo (BRASIL, 2019a).

Em Vitória, 76,6 % dos casos de sífilis em gestantes foram notificados pelas equipes do sistema municipal de saúde e alguns serviços privados. A Rede Bem-estar (RBE), pertencente ao sistema de gestão informatizado, permite a notificação de forma rápida, anexando-a ao prontuário do paciente. Essa realidade tem sido fator potente para a notificação precoce dos casos, permitindo um adequado acompanhamento pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica, a partir da notificação (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Uma medida que vem sendo adotada pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica, do município de Vitória, no último quadriênio, é o monitoramento dos resultados dos testes não treponêmicos (VDRL) pela referência técnica em sífilis, checagem do prontuário eletrônico da RBE, e verificação na necessidade ou não de notificação, seguida pelo monitoramento do tratamento. Dessa forma, a Vigilância em Saúde trabalha junto à Atenção Básica, auxiliando na condução de muitos casos, contribuindo para a realização do tratamento de forma mais precoce e para desfechos melhores.

Em Vitória, a notificação ocorreu, com maior frequência, no primeiro trimestre da gestação, e a maioria das gestantes realizou o pré-natal no município. Para efetivo desenvolvimento nessa captação, há necessidade de melhoria na busca ativa das gestantes. O início tardio do pré-natal ainda tem sido um problema em cidades localizadas nos países em desenvolvimento (NKAMBA et al., 2017) e, inclusive, nas cidades localizadas em países desenvolvidos (KIMBALL et al., 2020; SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018).

Quanto à classificação clínica, a sífilis pode se manifestar por meio das formas primária, secundária e terciária, e afetar vários sistemas orgânicos, incluindo o sistema nervoso central e o sistema ocular (BORGES et al., 2018). Em Vitória, a maioria dos casos foi classificada como sífilis latente. Grande parte das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la por meio de contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou pouca sintomatologia, a estágios da doença com manifestações clínicas variáveis e complexas, além de longos períodos de latência (PEELING et al., 2017).

Quanto à testagem, estudos apontam o avanço importante no rastreamento da sífilis devido à disponibilidade relativamente recente de testes rápidos de diagnóstico. O foco na melhoria na frequência da testagem rápida

poderá contribuir para um diagnóstico mais precoce (TAYLOR et al., 2018). Em relação ao tratamento, observou-se que o percentual em relação às gestantes foi crescente, denotando melhoria desse indicador no plano de enfrentamento da Sífilis (VITÓRIA, 2016).

A taxa de tratamento do parceiro foi crescente, com exceção do ano 2018. Estudo aponta barreiras para a notificação bem-sucedida de parceiros em função de se tornarem anônimos durante o acompanhamento da gestante, além de estas não se sentirem à vontade para compartilhar os nomes dos parceiros com os profissionais de saúde (MAGAZINER et al., 2018). Também há situações em que a gestante tem medo de abordar o tratamento com o parceiro; o parceiro se encontra privado de liberdade e não consegue realizar o tratamento; a multiplicidade de parceiros pode dificultar a identificação; há resistência ao tratamento com medicação injetável; há a não adesão do parceiro ao serviço de saúde; dentre outros motivos. Desafios semelhantes para o aprimoramento do tratamento da parceria sexual têm sido observados em outras capitais do Brasil (CARDOSO et al., 2018).

Quanto aos dois primeiros eixos do plano de enfrentamento, Vitória vem apresentando melhoria da captação precoce e da cobertura de pré-natal. O eixo 5 – monitoramento da gestante e seu parceiro – apresentou resultado mais expressivo no ano de 2018 para 2019. Essas melhorias têm contribuído para a queda da taxa de incidência de sífilis congênita, apesar da elevação da taxa de detecção da sífilis gestacional. Algumas ações têm sido recomendadas, tais como a organização da logística, a superação de barreiras do cuidado, ação política para o enfrentamento da situação e a aplicação das estratégias adotadas pelo nosso país para o controle da sífilis (MIRANDA et al., 2019).

CONCLUSÕES

Embora no quadriênio 2016 a 2019, a taxa de detecção de sífilis em gestantes tenha sido ascendente, houve ascendência no percentual de captação precoce, na cobertura do pré-natal e no monitoramento da gestante, evidenciando melhorias no enfrentamento da sífilis nesse segmento da população após a implantação do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. C.; DONALISIO, M. R.; CORDEIRO, R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. **Rev. Saude Publica**, v. 51, p. 64, 2017. DOI: doi:10.1590/S1518-8787.2017051006432. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477707/>. Acesso em: 5 jul. 2020.

AMSALU, A.; FEREDÉ, G.; ASSEGU, D. High seroprevalence of syphilis infection among pregnant women in Yiregalem hospital southern Ethiopia. **BMC Infect. Dis.**, v. 18, n. 1, p. 109, 2018. DOI: doi:10.1186/s12879-018-2998-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840736/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ARORA, N. *et al.* Origin of modern syphilis and emergence of a pandemic *Treponema pallidum* cluster. **Nat. Microbiol.**, v. 2, p. 16245, 2016. DOI: 10.1038/nmicrobiol.2016.245. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nmicrobiol2016245>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BENNANI, A. *et al.* The prevalence and incidence of active syphilis in women in Morocco, 1995-2016: Model-based estimation and implications for STI surveillance. **PLoS One**, v. 12, n. 8, p. e0181498, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0181498. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181498>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BERTUSSO, T. C. G. *et al.* Características de Gestantes com Sífilis em um hospital universitário do Paraná. **R. Saúde Publ.**, v. 1, n. 2, p. 129-140, 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/59>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BOFFIN, N. *et al.* Four sexually transmitted infections (STIs) in Belgian general practice: first results (2013-2014) of a nationwide continuing surveillance study. **BMJ Open**, v. 7, n. 1, p. e012118, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012118. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5278247/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BORGES, C.R. *et al.* Neurosyphilis and ocular syphilis clinical and cerebrospinal fluid characteristics: a case series. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 76, n. 6, p. 373-380, 2018. DOI: 10.1590/0004-282X20180054. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2018000600373&script=sci_arttext. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cobertura de consultas de pré-natal – F.6 – 2012**. [Brasília, 2012]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/f-6/>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa**, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Bol. Epidemiol. Sífilis**, v. 49, n. 45, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Bol. Epidemiol. Sifilis**, v. 5, n. 1, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) DATASUS dados de 2010 a 2018. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**. [Brasília, 2020]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>. Acesso em: 07 jan. 2021.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018232.01772016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE)**. Vitória (ES): SEMUS, 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. *Bancos de dados do Sistema Único de Saúde*: base municipal anos 2010 a 2019 do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Vitória: SEMUS, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 27 set. 2023.

FERNANDES, F.R.P. *et al.* Syphilis infection, sexual practices and bisexual behavior among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. **Sex. Transm. Infect.**, v. 91, n. 2, p. 142-149, 2015. DOI: 10.1136/sextrans-2014-051589. Disponível em: <https://sti.bmj.com/content/91/2/142.long>. Acesso em: 20 jun. 2020. .

KIMBALL, A. *et al.* Missed opportunities for prevention of congenital syphilis - United States, 2018. **MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.**, v. 69, n. 22, p. 661-665, 2020. DOI: 10.15585/mmwr.mm6922a1. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6922a1.htm>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KITAYAMA, K. *et al.* Syphilis in the Americas: a protocol for a systematic review of syphilis prevalence and incidence in four high-risk groups, 1980-2016. **Syst. Rev.**, v. 6, n. 1, p. 195, 2017. DOI: doi:10.1186/s13643-017-0595-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634900/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

KORENROMP, E. L. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS One**, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211720. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392238/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MAGAZINER, S. *et al.* Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. **BMC Health Serv. Res.**, v. 18, n. 1, p. 75, 2018. DOI:10.1186/s129-018-2890-7. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2890-7>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MIRANDA, A. E. *et al.* Program for Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis and HIV in Brazil: missed opportunities. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 31, n. 2, p. 50-56, 2019. Disponível em: http://www.bjstd.org/html.php?id_artigo=216. Acesso em: 20 jun. 2020.

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 Serv. Res.**, v. 17, n. 1, p. 556, 2017. DOI: doi:10.1186/s12913-017-2494-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807019/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Objetivo 3. Saúde e bem estar. Metas do objetivo 3. [20--]. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

PEELING, R.W. *et al.* Syphilis. **Nat. Rev. Dis. Primers**, v. 3, p. 17073, 2017. doi:10.1038/nrdp.2017.73. DOI: 10.1038/nrdp.2017.73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022569/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

SLUTSKER, J.S.; HENNESSY, R.R.; SCHILLINGER, J.A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. **MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.**, v. 67, n. 39, p. 1088-1093, 2018. DOI: 10.15585/mmwr.mm6739a3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30286056/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

SOARES, K. K. S. *et al.* Spatial analysis of syphilis in pregnancy and congenital syphilis in the state of Espírito Santo, Brazil, 2001-2018. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 1, p. e2018193, 2020. DOI: 10.5123/s1679-49742020000100018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100312&lang=pt. Acesso em: 19 nov. 2020.

TAYLOR, M. *et al.* Revisiting strategies to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. **Lancet Glob. Health**, v.6, n. 1, p. e26-e28, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6747700/>. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30422-9. Acesso em: 20 jun. 2020.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

CAPÍTULO 3

SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E EVENTO SENTINELA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO BINÔMIO MÃE/RECÉM-NASCIDO⁴

A sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais frequentes no mundo e responsável por 6 milhões de novos casos a cada ano, sendo a sífilis congênita a segunda principal causa de morte evitável (PAHO, 2019). A transmissão vertical ocorre, mais frequentemente, intraútero ou na presença de lesão ativa, na passagem do feto pelo canal do parto. Pode ser antenatal, perinatal ou pós-natal. As infecções fetais antenatais são as principais causas de morbidade e mortalidade global (ARORA et al., 2017).

A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita (SC) é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, sendo em torno de 70% a 100% quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária (BRASIL, 2019b). O Brasil tem uma prevalência de sífilis de 0,85% (PAHO, 2016). Em 2015, não cumpriu a meta de reduzir a incidência de SC para $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos (PAHO, 2017).

Em 2016, a sífilis foi declarada um grave problema de saúde pública, pelo Ministério da Saúde, e o enfrentamento da sua transmissão vertical é previsto no Plano Plurianual (PPA) como prioridade. O combate à sífilis faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2019a).

O município é o principal espaço para implementar as políticas de saúde, a partir da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). O município de Vitória, no estado do Espírito Santo, construiu um programa instrumentalizado pelo “Plano de Enfrentamento Vitória

⁴ BARCELOS, M. R. B. et al. Sífilis congênita: análise epidemiológica e evento sentinela da qualidade da assistência ao binômio mãe/recém-nascido. *J. Hum. Growth Dev.*, Santo André, v. 32, n. 1, p. 165-175, abr. 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822022000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 ago. 2023.

contra a Sífilis”, no ano de 2016, visando monitorar e avaliar o enfrentamento da doença. Esse plano é composto por oito eixos: captação precoce da gestante com sífilis; acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; oferta de tratamento adequado para a sífilis; monitoramento dos casos de sífilis na população geral; monitoramento das gestantes com sífilis e seus parceiros; monitoramento do plano; realização de ações preventivas para a sífilis (população geral e gestantes); e seguimento da sífilis congênita (VITÓRIA, 2016).

O Plano de Enfrentamento da Sífilis do município passa por avaliação periódica dos seus eixos, por meio do acompanhamento de indicadores (VITÓRIA, 2016). A construção e a utilização de indicadores de resultados na avaliação de programas têm sido abordadas no campo do planejamento e avaliação em saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012). O enfoque quantitativo, permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado (TANAKA, 2011) e possibilita respostas parciais às perguntas avaliativas (TANAKA, 2004) . Consideram-se os indicadores como variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de um objeto, e a escolha desses indicadores, uma tarefa crítica do avaliador (TANAKA; TAMAKI, 2012; TANAKA, 2004).

Buscar estimativas em nível nacional, regional e local permite a orientação das capacidades dos sistemas de saúde para o fortalecimento da prevenção, detecção, vigilância e tratamento da doença¹. Ao analisarem-se os dados das fichas de notificação de um período, adquire-se melhor conhecimento do problema, além de se refletir sobre as políticas públicas de saúde adotadas, que visam implementar melhorias na atenção pré-natal e na prevenção da transmissão vertical (TV) da sífilis (CARDOSO et al., 2018).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar o indicador de resultado relacionado à sífilis congênita (SC), no quadriênio 2016-2019, em Vitória (ES).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, que avaliou o indicador “seguimento da sífilis congênita”. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes ao período de 1.º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. E as informações referentes ao seguimento dos RN com SC ocorreu por meio de busca em prontuário eletrônico, no período de 1.º de agosto de 2020 a 31 de março de 2021 (VITÓRIA, 2013).

A revisão das notificações ocorreu de acordo com os critérios de definição de caso de SC do Ministério da Saúde (MS), vigente ao período 2016 a 2019 (BRASIL, 2016, 2017, 2019).

As variáveis estudadas foram distribuídas conforme as seguintes características sociodemográficas da mãe: faixa etária; escolaridade; se realizou pré-natal; município de realização do pré-natal; momento do diagnóstico de sífilis materna; realização do teste não treponêmico (VDRL) da gestante; teste treponêmico da gestante no parto/curetagem; esquema de tratamento das mães; tratamento parceiro da mãe; município de nascimento/aborto/natimorto; locais de nascimento/aborto/natimorto. Também foram analisadas as características sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor), clínicas e laboratoriais das crianças (teste treponêmico, teste não treponêmico, análise laboratorial do líquido, raio X de ossos longos, diagnóstico clínico, sinais e sintomas apresentados e evolução dos casos). As variáveis categóricas foram expressas como frequências absoluta e relativa.

Para o ano de 2016 até a data de 12 de outubro de 2017, o tratamento adequado era aquele realizado somente com penicilina, completo, na dose e no tempo adequados, segundo a fase clínica da doença, tendo finalização do tratamento em até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2016).

A partir de 13 de outubro de 2017, a Nota Informativa n.º 2-SEI/, de 2017, estabeleceu uma mudança nos critérios de adequação do tratamento, passando a considerar a administração de penicilina benzatínica, com início do tratamento até 30 dias antes do parto, esquema terapêutico consoante o estágio clínico da sífilis, respeito ao intervalo recomendado das doses, que é de 7 dias a, no máximo, 14 dias (BRASIL, 2017).

Além disso, calculou-se a taxa de incidência de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos (n. v.), obtida pela divisão do número de casos com sífilis congênita de determinado ano pela quantidade de nascidos vivos no mesmo ano e multiplicação por 1000.

A análise dos dados do SINAN foi realizada por meio do pacote estatístico PSPP, no período de janeiro a maio de 2020.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, e aprovada pelo Parecer n.º 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060.

RESULTADOS

Caracterização das mães dos casos notificados de sífilis congênita no quadriênio 2016-2019

As mães apresentaram a faixa etária predominante de 20 a 29 anos (44,5%); e as demais faixas foram as seguintes: 10 a 19 anos (24,9%), 30 a 39 anos (21,9%) e 40 a 49 anos (3,0%). A raça/cor predominante foi a parda (74,6%). Do total de mães, 17,2% possuíam ensino fundamental incompleto; 10,1%, ensino médio completo; 9,5%, ensino fundamental completo; 7,7%, ensino médio incompleto, caracterizando a predominância de baixa escolaridade (Tabela 1).

Dentre as mães, 72,2% realizaram o pré-natal. Quanto ao município de realização, 91,8% ocorreram em Vitória (ES) (dados não apresentados em tabela).

O diagnóstico da sífilis materna foi verificado no pré-natal em 54,4%, e no momento do parto/curetagem em 34,9%. Quanto à realização do teste não treponêmico da gestante no parto/curetagem, foi reagente em 89,9% (Tabela 1). Relativos aos seus resultados, 63,2% tiveram teste com resultado menor ou igual a 1/8, e 36,8%, resultado maior que 1/8 (dados não apresentados em tabela).

Considerando o teste treponêmico da gestante no parto/curetagem, 57,4% apresentaram teste reagente. O esquema de tratamento das mães foi considerado adequado em apenas 4,7% (Tabela 1).

Em relação aos parceiros dessas mulheres, 71,0% não foram tratados concomitantemente às gestantes (Tabela 1).

No que tange ao município de nascimento/aborto/natimorto, 91,1% ocorreram em Vitória (ES) (dados não apresentados em tabela).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínico-laboratoriais das mães - banco de dados de sífilis congênita de residentes em Vitória - 2016 a 2019.

| Variáveis | Ano do diagnóstico | | | | | | | | Total | |
|---------------------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Faixa etária da Mãe | | | | | | | | | | |
| 10 a 19 anos | 22 | 34,4 | 6 | 14,0 | 6 | 16,2 | 8 | 32,0 | 42 | 24,9 |
| 20 a 29 anos | 32 | 50,0 | 16 | 37,2 | 18 | 48,6 | 9 | 36,0 | 75 | 44,4 |
| 30 a 39 anos | 7 | 10,9 | 11 | 25,6 | 11 | 29,7 | 8 | 32,0 | 37 | 21,9 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| 40 a 49 anos | 3 | 4,7 | - | - | 2 | 5,4 | - | - | 5 | 3,0 |
| Ignorada | - | - | 10 | 23,3 | - | - | - | - | 10 | 5,9 |
| Raça/cor da mãe | | | | | | | | | | |
| Branca | 3 | 4,7 | 2 | 4,7 | 3 | 8,1 | 1 | 4,0 | 9 | 5,3 |
| Preta | 5 | 7,8 | 3 | 7,0 | 5 | 13,5 | 2 | 8,0 | 15 | 8,9 |
| Parda | 45 | 70,3 | 34 | 79,1 | 27 | 73,0 | 20 | 80,0 | 126 | 74,6 |
| Ignorado | 11 | 17,2 | 4 | 9,3 | 2 | 5,4 | 2 | 8,0 | 19 | 11,2 |
| Escolaridade da mãe | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | - | - | - | - | 1 | 2,7 | - | - | 1 | 0,6 |
| 1ª a 4ª série incompleta do EF | 3 | 4,7 | 1 | 2,3 | - | - | - | - | 4 | 2,4 |
| 4ª série completa do EF | 1 | 1,6 | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,6 |
| 5ª à 8ª série incompleta do EF | 13 | 20,3 | 5 | 11,6 | 8 | 21,6 | 3 | 12,0 | 29 | 17,2 |
| Ensino fundamental completo | 6 | 9,4 | 5 | 11,6 | 3 | 8,1 | 2 | 8,0 | 16 | 9,5 |
| Ensino médio incompleto | 3 | 4,7 | 7 | 16,3 | 2 | 5,4 | 1 | 4,0 | 13 | 7,7 |
| Ensino médio completo | 3 | 4,7 | 9 | 20,9 | 2 | 5,4 | 3 | 12,0 | 17 | 10,1 |
| Educação superior incompleta | 2 | 3,1 | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,2 |
| Ignorado | 32 | 50,0 | 15 | 34,9 | 21 | 56,8 | 16 | 64,0 | 84 | 49,7 |
| Não se aplica | 1 | 1,6 | 1 | 2,3 | - | - | - | - | 2 | 1,2 |
| Diagnóstico de Sífilis Materna | | | | | | | | | | |
| Durante o pré-natal | 38 | 59,4 | 27 | 62,8 | 17 | 45,9 | 10 | 40,0 | 92 | 54,4 |
| No momento do parto/curetagem | 21 | 32,8 | 9 | 20,9 | 15 | 40,5 | 14 | 56,0 | 59 | 34,9 |
| Após o parto | 1 | 1,6 | 2 | 4,7 | 1 | 2,7 | - | - | 4 | 2,4 |
| Não realizado | - | - | - | - | - | - | 1 | 4,0 | 1 | 0,6 |
| Ignorado | 3 | 4,7 | 5 | 11,6 | 4 | 10,8 | - | - | 12 | 7,1 |
| Em branco | 1 | 1,6 | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,6 |
| Teste não treponêmico no parto/curetagem | | | | | | | | | | |
| Reagente | 57 | 89,1 | 38 | 88,4 | 33 | 89,2 | 24 | 96,0 | 152 | 89,9 |
| Não reagente | 5 | 7,8 | 4 | 9,3 | 1 | 2,7 | 1 | 4,0 | 11 | 6,5 |
| Não realizado | 1 | 1,6 | 1 | 2,3 | 3 | 8,1 | - | - | 5 | 3,0 |
| Ignorado | 1 | 1,6 | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,6 |

| Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem | | | | | | | | | | |
|---|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| Reagente | 15 | 23,4 | 33 | 76,7 | 28 | 75,7 | 21 | 84,0 | 97 | 57,4 |
| Não reagente | - | - | 3 | 7,0 | 6 | 16,2 | 2 | 8,0 | 11 | 6,5 |
| Não realizado | 37 | 57,8 | 3 | 7,0 | 3 | 8,1 | 2 | 8,0 | 45 | 26,6 |
| Ignorado | 12 | 18,8 | 4 | 9,3 | - | - | - | - | 16 | 9,5 |
| Esquema de tratamento materno | | | | | | | | | | |
| Adequado | - | - | 4 | 9,3 | 2 | 5,4 | 2 | 8,0 | 8 | 4,7 |
| Inadequado | 29 | 45,3 | 19 | 44,2 | 13 | 35,1 | 11 | 44,0 | 72 | 42,6 |
| Não realizado | 34 | 53,1 | 19 | 44,2 | 22 | 59,5 | 12 | 48,0 | 87 | 51,5 |
| Ignorado | 1 | 1,6 | 1 | 2,3 | - | - | - | - | 2 | 1,2 |
| Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante | | | | | | | | | | |
| Sim | 6 | 9,4 | 5 | 11,6 | 6 | 16,2 | 3 | 12,0 | 20 | 11,8 |
| Não | 48 | 75,0 | 36 | 83,7 | 27 | 73,0 | 9 | 36,0 | 120 | 71,0 |
| Ignorado | 10 | 15,6 | 2 | 4,7 | 4 | 10,8 | 13 | 52,0 | 29 | 17,2 |
| Total | 64 | 100,0 | 43 | 100,0 | 37 | 100,0 | 25 | 100,0 | 169 | 100,0 |

Caracterização das crianças notificadas com sífilis congênita no quadriênio 2016-2019

No quadriênio 2016-2019, o município de Vitória apresentou 169 casos de sífilis congênita, pelo critério ano de diagnóstico, tendo sido decrescente esse número ao longo dos 4 anos: 64 casos em 2016 (37,9%), 43 em 2017 (25,4%), 37 em 2018 (21,9%) e 25 em 2019 (14,8%). Dentre os casos, 45,3% foram do sexo masculino e 43,8% do sexo feminino. A quase totalidade dos casos foi constituída por menores de 1 ano e apenas 1 caso (0,6%) foi de 1 ano de idade. A raça/cor predominante foi a parda (64,5%), seguida pela branca (10,1%) e a preta (2,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos casos de sífilis congênita de Residentes em Vitória – 2016 a 2019.

| Variáveis | Ano do diagnóstico | | | | | | | | Total | |
|-----------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 29 | 45,3 | 16 | 37,2 | 16 | 43,2 | 11 | 44,0 | 72 | 42,6 |
| Feminino | 28 | 43,8 | 20 | 46,5 | 20 | 54,1 | 13 | 52,0 | 81 | 47,9 |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| Ignorado | 7 | 10,9 | 7 | 16,3 | 1 | 2,7 | 1 | 4,0 | 16 | 9,5 |
| Idade (Anos completos) | | | | | | | | | | |
| Menor de 1 ano | 64 | 100,0 | 43 | 100,0 | 36 | 97,3 | 25 | 100,0 | 168 | 99,4 |
| 1 ano | - | - | - | - | 1 | 2,7 | - | - | 1 | 0,6 |
| Raça/Cor | | | | | | | | | | |
| Branca | 6 | 9,4 | 2 | 4,7 | 4 | 10,8 | 5 | 20,0 | 17 | 10,1 |
| Preta | 2 | 3,1 | - | - | - | - | 2 | 8,0 | 4 | 2,4 |
| Parda | 36 | 56,3 | 32 | 74,4 | 27 | 73,0 | 14 | 56,0 | 109 | 64,5 |
| Ignorado | 17 | 26,6 | 8 | 18,6 | 6 | 16,2 | 3 | 12,0 | 34 | 20,1 |
| Em branco | 3 | 4,7 | 1 | 2,3 | - | - | 1 | 4,0 | 5 | 3,0 |
| Total | 64 | 100,0 | 43 | 100,0 | 37 | 100,0 | 25 | 100,0 | 169 | 100,0 |

O teste não treponêmico foi reagente no sangue periférico em 62,7%. Dentre os pacientes com teste não treponêmico reagente, 53,2% tiveram titulação maior que 1/8, e 46,2%, titulação menor ou igual a 1/8 (Tabela 3).

No tocante aos casos de sífilis congênita, 68,6% dos pacientes apresentaram teste treponêmico não reagente no líquido, e 5,3%, teste reagente. Acerca dos 9 casos com teste não treponêmico reativo no líquido, 77,8% (7 casos) tiveram titulação maior que 1/8, e 22,2% (2 casos), titulação menor que 1/8. Considerando a análise laboratorial do líquido, 60,9% não apresentaram alterações. Alteração no exame de ossos longos foi encontrada em 5 casos (3%) (Tabela 3).

Quanto ao diagnóstico clínico, 74,6% dos casos foram assintomáticos e 11,8%, sintomáticos. Dentre os sinais e sintomas apresentados, os mais frequentes foram: icterícia, anemia, hepatomegalia e esplenomegalia (Tabela 3).

Tabela 3. Dados clínico-laboratoriais dos casos de sífilis congênita residentes em Vitória – 2016 a 2019.

| Variáveis | Ano do diagnóstico | | | | | | | | Total | |
|---|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Teste não treponêmico – Sangue Periférico | | | | | | | | | | |
| Reagente | 43 | 67,2 | 24 | 55,8 | 23 | 62,2 | 16 | 64,0 | 106 | 62,7 |
| Não reagente | 12 | 18,8 | 15 | 34,9 | 9 | 24,3 | 5 | 20,0 | 41 | 24,3 |
| Não realizado | 5 | 7,8 | 4 | 9,3 | 5 | 13,5 | 4 | 16,0 | 18 | 10,7 |
| Ignorado | 1 | 1,6 | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,6 |
| Em branco | 3 | 4,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 1,8 |

| Resultado | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| Menor ou igual 1:8 | 22 | 51,2 | 10 | 41,7 | 8 | 34,8 | 9 | 56,3 | 49 | 46,2 |
| Maior que 1:8 | 21 | 48,8 | 14 | 58,3 | 15 | 65,2 | 7 | 43,8 | 57 | 53,8 |
| Sub-Total | 43 | 100,0 | 24 | 100,0 | 23 | 100,0 | 16 | 100,0 | 106 | 100,0 |
| Teste não treponemico – Líquor | | | | | | | | | | |
| Reagente | 2 | 3,1 | 3 | 7,0 | 1 | 2,7 | 3 | 12,0 | 9 | 5,3 |
| Não reagente | 45 | 70,3 | 30 | 69,8 | 24 | 64,9 | 17 | 68,0 | 116 | 68,6 |
| Não realizado | 13 | 20,3 | 9 | 20,9 | 11 | 29,7 | 5 | 20,0 | 38 | 22,5 |
| Ignorado | 1 | 1,6 | 1 | 2,3 | 1 | 2,7 | - | - | 3 | 1,8 |
| Em branco | 3 | 4,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 1,8 |
| Resultado | | | | | | | | | | |
| Menor ou igual 1:8 | 1 | 50,0 | - | - | 1 | 100,0 | - | - | 2 | 22,2 |
| Maior que 1:8 | 1 | 50,0 | 3 | 100,0 | - | - | 3 | 100,0 | 7 | 77,8 |
| Sub-Total | 2 | 100,0 | 3 | 100,0 | 1 | 100,0 | 3 | 100,0 | 9 | 100,0 |
| Evidência de T. pallidum | | | | | | | | | | |
| Sim | - | - | - | - | - | - | 1 | 4,0 | 1 | 0,6 |
| Não | 16 | 25,0 | 5 | 11,6 | 3 | 8,1 | 3 | 12,0 | 27 | 16,0 |
| Não realizado | 27 | 42,2 | 29 | 67,4 | 32 | 86,5 | 18 | 72,0 | 106 | 62,7 |
| Ignorado | 18 | 28,1 | 9 | 20,9 | 2 | 5,4 | 3 | 12,0 | 32 | 18,9 |
| Em branco | 3 | 4,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 1,8 |
| Alteração liquórica | | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 1,6 | 4 | 9,3 | 9 | 24,3 | 4 | 16,0 | 18 | 10,7 |
| Não | 45 | 70,3 | 30 | 69,8 | 11 | 29,7 | 17 | 68,0 | 103 | 60,9 |
| Não realizado | 12 | 18,8 | 8 | 18,6 | 11 | 29,7 | 4 | 16,0 | 35 | 20,7 |
| Ignorado | 3 | 4,7 | 1 | 2,3 | 6 | 16,2 | - | - | 10 | 5,9 |
| Em branco | 3 | 4,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 1,8 |
| Alteração no Exame dos Ossos Longos | | | | | | | | | | |
| Sim | - | - | 2 | 4,7 | 1 | 2,7 | 2 | 8,0 | 5 | 3,0 |
| Não | 34 | 53,1 | 27 | 62,8 | 22 | 59,5 | 18 | 72,0 | 101 | 59,8 |
| Não realizado | 11 | 17,2 | 8 | 18,6 | 5 | 13,5 | 5 | 20,0 | 29 | 17,2 |
| Ignorado | 16 | 25,0 | 6 | 14,0 | 9 | 24,3 | - | - | 31 | 18,3 |
| Em branco | 3 | 4,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 1,8 |
| Diagnóstico Clínico | | | | | | | | | | |
| Assintomático | 44 | 68,8 | 33 | 76,7 | 28 | 75,7 | 21 | 84,0 | 126 | 74,6 |
| Sintomático | 7 | 10,9 | 7 | 16,3 | 4 | 10,8 | 2 | 8,0 | 20 | 11,8 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|
| Não se aplica | 5 | 7,8 | 3 | 7,0 | 5 | 13,5 | 2 | 8,0 | 15 | 8,9 |
| Ignorado | 5 | 7,8 | - | - | - | - | - | - | 5 | 3,0 |
| Em branco | 3 | 4,7 | - | - | - | - | - | - | 3 | 1,8 |
| Total | 64 | 100,0 | 43 | 100,0 | 37 | 100,0 | 25 | 100,0 | 169 | 100,0 |

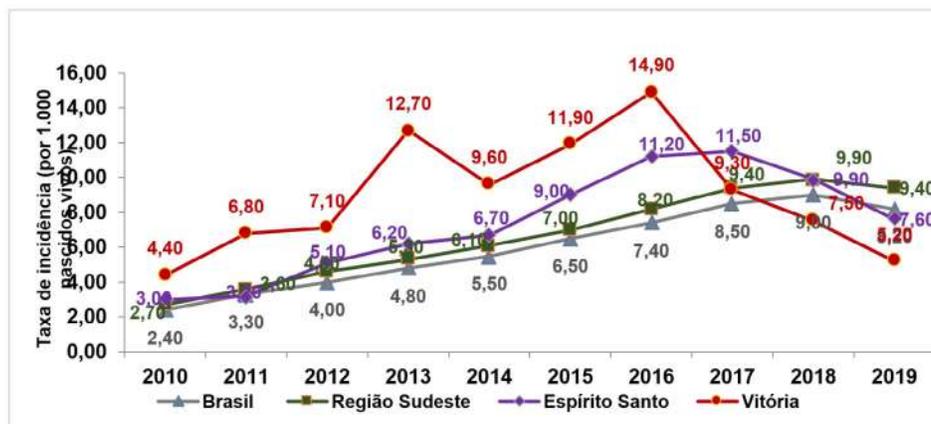
Com relação ao esquema de tratamento dispensado, 30,2% dos pacientes receberam Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI Kg/dia/10 dias; 14,8%, Penicilina G Benzatina 50.000 UI/Kg/dia/dose única; 5,9%, Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg/dia/10 dias; 36,1%, outro esquema.

Relativamente à evolução dos casos referentes aos neonatos, apresentaram-se os seguintes dados: 143 (84,6%) permaneceram vivos; 3 (1,8%) tiveram óbito por sífilis congênita; 3 (1,8%), óbito por outras causas; 11 (6,5%) evoluíram para aborto; 5, (3%), para natimortalidade; e, em 4 casos (2,4%), a evolução foi informada como ignorada.

O indicador de seguimento dos casos de sífilis congênita de neonatos que nasceram vivos foi de 69,8% em 2016, 79,5% em 2017, 84,4% em 2018 e 85,7% em 2019.

Analisando comparativamente as taxas de incidência da sífilis congênita no Brasil, na Região Sudeste, no estado do Espírito Santo e em Vitória, verificou-se acentuado e constante aumento entre os anos de 2010 e 2016 - exceto no ano de 2014, em Vitória. No entanto, Vitória apresentou expressiva redução dessa taxa de 2016 para 2017, o que não foi observado no estado do Espírito Santo, na região Sudeste e no Brasil. Considerando o quadriênio 2016-2019, Vitória apresentou importante redução da taxa de incidência de sífilis congênita, de 14,65/1000 nascidos vivos, chegando a 5,20/1000 nascidos vivos (n.v) em 2019 (Figura 1).

Figura 1. Taxas de incidência de sífilis congênita (/1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico, por local de residência – anos 2010 a 2019.



Fonte: Brasil, 2019.

DISCUSSÃO

Em 2016, Vitória implementou o “Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis”, cuja execução de seus oito eixos tem sido realizada com foco na melhoria do enfrentamento da doença (VITÓRIA, 2016).

Há uma série de razões para que a sífilis congênita continue a ocorrer. Todas envolvem, principalmente, as populações com recursos mais limitados. Dentre elas, citam-se: consultas pré-natais tardias ou não realizadas, não oferta do teste ou não busca do resultado; após resultados dos testes, tratamento indisponível; mulheres tratadas, podem ser infectadas novamente, por parceiros sexuais não tratados (MADRID et al., 2017). Estudo realizado em Fortaleza, com 478 casos de sífilis congênita, encontrou desfecho de prematuridade em 15,3% dos casos. Os fatores associados à prematuridade foram o tratamento da sífilis em gestante com outra droga diferente da Penicilina Benzatina/não tratamento (fator com maior chance), seguido pelo VDRL com titulação > 1/8 (ARAÚJO et al., 2017).

No quadriênio 2016-2019, o número de casos de sífilis congênita apresentou redução expressiva em Vitória (ES), variando de 64 casos, em 2016, para 25 casos em 2019. Encontra-se estabelecido na literatura que as crianças

acometidas podem ter falhas no crescimento ou permanecerem assintomáticas por anos, apresentando complicações neurológicas, que se tornam aparentes mais tarde na vida (THE LANCET, 2018). Por isso, a necessidade de seguimento, previsto no Programa de Enfrentamento da Sífilis (VITÓRIA, 2016).

A faixa etária predominante das mães foi a jovem - 44,5% com idade entre 20 e 29 anos -, corroborando estudo realizado em Fortaleza (CE), que também constatou a ocorrência da sífilis em mulheres jovens¹³. Além disso, observou-se um total de 42 mães com idade entre 10 e 19 anos, percentual de 24,9% do total, o que nos fez refletir sobre a gravidade do casamento infantil e suas consequências, tendo em vista tratar-se de uma violação dos direitos humanos. O Brasil é o quarto país do mundo em casamento infantil, atingindo principalmente as meninas, sendo um problema ainda relativamente invisível à sociedade brasileira (VEIGA; LOYOLA, 2020).

A raça/cor predominante nas mães foi a parda, seguida pela preta e a branca. Em Nova York, no período de 2010 a 2016, das 68 mulheres que deram à luz a um bebê com sífilis congênita, 77,9% tinham entre 20 e 29 anos, eram negras, 55,4% nascidas fora dos Estados Unidos (SLUTSKER; HENESSY; SCHILLINGER, 2018). Apesar de a variável escolaridade materna ter uma expressiva incompletude, dentre o total informado, as mães possuíam baixa escolaridade, principalmente ensino fundamental, semelhante ao estudo realizado em Recife (MACÊDO et al., 2017). A maioria das mães informou ter realizado pré-natal (72,2%), predominantemente no município de Vitória. Em 54,4% das mães, o diagnóstico de sífilis ocorreu no próprio pré-natal. Esses dados trazem, à reflexão, a questão da qualidade do pré-natal. Estudos afirmam que a eliminação da transmissão materno-infantil da sífilis somente se tornará realidade, nas Américas, por meio de serviços de saúde com pré-natal de alta qualidade (COOPER et al., 2016; MADRID et al., 2016).

Neste estudo, do total de mães notificadas com sífilis na gestação, 57,4% apresentaram teste treponêmico reativo. No Brasil, embora a oferta de teste rápido de sífilis esteja sendo crescente, sua utilização e cobertura na Atenção Básica ainda não têm sido satisfatórias (FIGUEIREDO et al., 2020).

Das mães que realizaram o teste não treponêmico, 89,9% apresentaram exame reagente. Na maioria das vezes (63,2%), a titulação do teste não treponêmico foi menor ou igual a 1/8. No entanto, 51,5% não realizaram tratamento e 42,6%

realizaram tratamento inadequado. Estudo desenvolvido em Fortaleza-CE encontrou mais de 85,0% de tratamentos inadequados (CARDOSO et al., 2018).

Em Vitória, é recomendado que a gestante se submeta à testagem com teste não treponêmico em pelo menos quatro momentos: no primeiro trimestre (primeira consulta), no segundo trimestre, no início do terceiro trimestre (a partir da 28^a. semana) de gestação e no momento do parto. Considerando que, a pessoa pode se reinfecar cada vez que for exposta, justifica-se o rastreamento mais frequente da doença, durante a gestação (BRASIL, 2019).

Quanto aos parceiros dessas mães, 71% não fizeram tratamento concomitante a elas. Estudo realizado em Fortaleza (CE) relatou 62,9% dos parceiros sexuais não tratados (CARDOSO et al., 2018). No Brasil, a sífilis adquirida vem atingindo os segmentos mais jovens da população – principalmente homens –, requerendo promoção de saúde integral do homem, por meio de estratégias intersetoriais, incluindo ações de prevenção nas escolas e nas redes de interação juvenil (BRASIL, 2018).

Eventualmente, o tratamento dessas mães deixou de ser realizado, em função das baixas titulações. Em algumas situações, profissionais de saúde não realizaram tratamento por acreditarem tratar-se de memória imunológica. Visando evitar essas condutas, notas técnicas têm sido disponibilizadas a todos os profissionais, ao longo dos últimos anos, alertando sobre o cuidado referente à presunção da memória imunológica, sem adequada comprovação de tratamento prévio, registrado em prontuário (VITÓRIA, 2019).

Os casos de SC foram predominantemente de raça/cor parda, seguida pela branca e preta; e a frequência do sexo masculino foi próxima à do sexo feminino. Ao somar-se os percentuais de raça/cor parda e preta, obteve-se 66,9%. Ainda há muitas barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, que precisam ser superadas (WERNECK, 2016).

Quanto aos exames dos casos de SC, o teste não treponêmico do sangue periférico foi reagente em 62,7% e teve titulação maior que 1/8 em 53,2% dos casos. Os resultados negativos do teste não treponêmico no sangue periférico, no momento do parto, podem se tornar positivos posteriormente, sendo imprescindível o seguimento de cada caso (CARDOSO et al., 2018).

Realizou-se o teste não treponêmico do líquido em 73,9% dos casos, e em 5,3% o resultado desse exame foi reativo. Estudo em Fortaleza-CE encontrou

percentuais elevados de não realização dos exames para a investigação de SC nas crianças (WERNECK, 2016).

No quadriênio 2016-2019, o raio X de ossos longos foi realizado em 62,8% dos casos e apresentou alteração em 3% dos casos. Em estudo realizado na cidade de Fortaleza-CE, o diagnóstico radiológico foi realizado em 60,4 % dos casos e, destes, 5,9% apresentaram alteração (CARDOSO, 2016).

Neste estudo, apenas 11,8% dos casos de SC foram sintomáticos; alguns deles apresentaram mais de um sinal, sendo a icterícia mais frequente. Dentre as consequências da SC nos recém-nascidos, estão o baixo peso ao nascer, a anemia grave, a icterícia, e a hepatoesplenomegalia (THE LANCET, 2018).

A Penicilina G Procaína ou a G Benzatina, em seus vários esquemas, têm sido o tratamento de escolha para sífilis congênita em Vitória, sendo considerada altamente efetiva, em todos os estágios da sífilis, não tendo sido observada resistência do *T. pallidum* (GHANEM; RAM; RICE, 2020). Estudos têm identificado oportunidades perdidas para tratamento da SC no Brasil (CARDOSO et al, 2018) e no mundo (VEIGA; LOYOLA, 2020; AMSALU; FERREDE; ASSEGU, 2018).

Quanto à evolução dos casos no quadriênio, o maior percentual de perdas foi por aborto, e, em seguida, por natimortalidade. Segundo dados da literatura, 40% dos bebês nascidos de mulheres com sífilis não tratadas são natimortos (THE LANCET, 2018).

Considerando o seguimento dos casos de SC, observa-se que esse indicador apresentou melhoria progressiva no quadriênio. No entanto, visto que o ideal é o alcance de 100% de seguimento, há alguns entraves que ainda precisam ser superados, para que todas as informações do seguimento dos casos estejam disponíveis nos prontuários eletrônicos das crianças, principalmente daquelas acompanhadas fora da Rede Municipal de Saúde.

Em relação à taxa de incidência da sífilis congênita no município de Vitória, variou de 14,65 casos por 1000 n. v., em 2016, para 5,20 casos por 1000 n. v., em 2019. Em 2016, Vitória teve a menor taxa de natalidade da série histórica; acredita-se que em razão da epidemia do vírus Zika, ocorrida a partir de abril de 2015. Tal fato exerceu influência sobre a taxa de incidência da doença em 2016, quando essa taxa foi a maior de toda a série histórica, paralelamente com a elevação dessa taxa em todo o país (BRASIL, 2019).

Ao longo do quadriênio 2016-2019, foram disponibilizados diversos treinamentos aos servidores, na abordagem à prevenção, tratamento e controle da sífilis. Além disso, o Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE) permitiu que a ferramenta Telessaúde tivesse acesso e utilização pelos profissionais de saúde, em todas as unidades de saúde, prontos atendimentos, farmácias, serviços odontológicos, serviços laboratoriais, centros de referência e de especialidades (VITÓRIA, 2013).

O olhar mais atento sobre os casos do quadriênio permitiu concluir que o não tratamento, o tratamento inadequado da gestante - dentre as que realizaram pré-natal - e a reinfeção foram os principais fatores que influenciaram o surgimento dos casos de SC, sinalizando a necessidade de avanços na qualidade do pré-natal. A partir de diagnosticados, os neonatos devem ser imediatamente tratados, pois oportunidades perdidas de tratamento da sífilis congênita têm sido apontadas como importantes causas de mortalidade infantil (CARDOSO et al, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem, desde 2014, conduzindo um processo de validação da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis pelos países, com diretrizes pautadas nos direitos humanos, igualdade de gênero e envolvimento comunitário (KISMÖDI et al., 2017).

Este estudo teve, como limitação, o fato de ter analisado dados secundários, estando sujeito a falhas de preenchimento e/ou incompletude das informações. Além disso, como o indicador de seguimento de sífilis congênita se baseou em busca de registros em prontuário eletrônico, é possível que tenham ocorrido falhas de registro em prontuário. A falta de conexão das informações dos serviços externos com os serviços municipais pode ter contribuído para uma subestimativa desse indicador.

Recomenda-se que pesquisas e esforços conjuntos, no âmbito de cada município, devam continuar, a fim de controlar, tratar e, futuramente, eliminar a sífilis congênita no Brasil e no mundo.

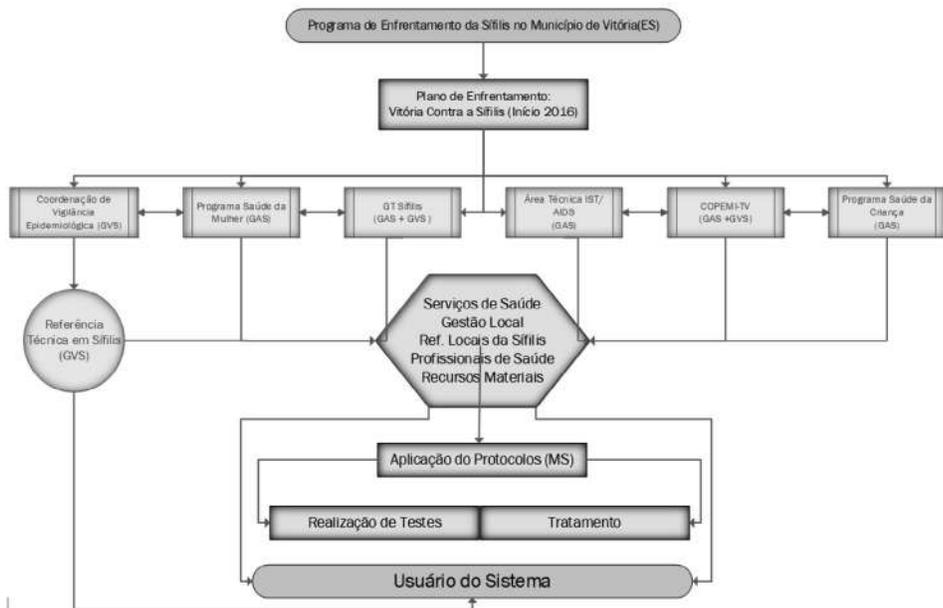
No quadriênio 2016-2019, o município de Vitória apresentou significativa redução do número de casos de sífilis congênita e da taxa de incidência dessa doença, com melhorias no indicador de seguimento da sífilis congênita, tendo como diretriz, para a realização das ações, o Programa de Enfrentamento da Sífilis.

CONCLUSÃO

A análise dos casos do quadriênio permitiu concluir que o não tratamento, o tratamento inadequado da gestante - dentre as que realizaram pré-natal - e a reinfecção foram os principais fatores que influenciaram o surgimento dos casos de SC, sinalizando a necessidade de avanços na qualidade do pré-natal. A partir de diagnosticados, os neonatos devem ser imediatamente tratados, pois oportunidades perdidas de tratamento da sífilis congênita têm sido apontadas como importantes causas de mortalidade infantil (CARDOSO et al., 2018).

No quadriênio 2016-2019, o município de Vitória apresentou significativa redução do número de casos de sífilis congênita e da taxa de incidência dessa doença, com melhorias no indicador de seguimento da sífilis congênita, tendo como diretriz, para a realização das ações, o Plano de Enfrentamento da Sífilis.

Figura 2. O Enfrentamento da Sífilis em Vitória (ES).



Fonte: A autora, 2021.

REFERÊNCIAS

AMSALU, A.; FEREDÉ, G.; ASSEGU, D. High seroprevalence of syphilis infection among pregnant women in Yeregalem hospital southern Ethiopia. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, p. 109, 2018. DOI: doi.org/10.1186/s12879-018-2998-8. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-018-2998-8>. Acesso em: 25 set. 2023.

ARORA, N.; SADOVSKY, Y.; DERMODY, T. S.; COYNE, C. B. Microbial vertical transmission during human pregnancy. **Cell Host Microbe.**, v. 21, n. 5, p. 561–567, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 773, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa** n. 2 – SEI/2017, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

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)/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

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)/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 248p., 2020.

CAMPION, E. W. The modern epidemic of syphilis. **N. Engl J Med**, v. 382, n. 9, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAÚJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A.; MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, Feb. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CARDOSO, A. R. P. et al. Underreporting of Congenital Syphilis as a Cause of Fetal and Infant Deaths in Northeastern Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 12, p. e0167255, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0167255. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0167255>. Acesso em: 25 set. 2023.

COOPER, J. M.; MICHELOW, I. C.; WOZNIAK, P. S.; SÁNCHEZ, P. J. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários! **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, mar. 2015. DOI: doi.

org/10.1590/0103-110420151040201 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2019.

ESPÍRITO SANTO (ES). Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016/2019**. Espírito Santo, 2016. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf . Acesso em: 13 jul. 2020.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. de et al . Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00074519, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074519>.

KISMÖDI, E. et al. Where Public Health Meets Human Rights: Integrating Human Rights into the Validation of the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis. **Health and Human Rights**. v. 19 n. 2 p. 237-247, Dec. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29302179> Acesso em: 22 jun. 2019.

MACÊDO, V. C. et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev Saude Publica**. 17 de agosto de 2017; 51: 78. doi: 10.11606 / S1518-8787.2017051007066. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NQhm4fVf7cqDnvDMGQpmGsD/?lang=pt#:~:text=A%20religi%C3%A3o%2C%20idade%20na%20primeira,e%20drogas%20il%C3%ADcitas%20alcan%C3%A7aram%20signific%C3%A2ncia>. Acesso em: 25 set. 2023.

MADRID, L.; VARO, R.; SITO, A.; BASSAT, Q. Congenital and perinatally-acquired infections in resource-constrained settings. **Expert Review of Anti-Infective Therapy**. Taylor and Francis Ltd., September 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14787210.2016.1215913>. Acesso em: 11 jul. 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Organização Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre sífilis congênita**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812. Acesso em: 14 fev. 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Plan of action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016-2021. 55th Directing Council, 68th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-14-e.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2020.

SARTI, T. D. et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018.

SLUTSKER, J. S.; HENNESSY, R. R.; SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases — New York City, 2010–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 67, n. 39, p. 1088-1093, 2018.

TANAKA, OSWALDO Y. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer/ Oswaldo Y. Tanaka, Cristina Melo. – 1. ed., 1. reim- pr. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.**

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.** [Internet], v. 20, n. 4, p. 927-934, jan. 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en. Acesso em: 10 jan. 2021.

THE LANCET. Congenital syphilis in the USA. *The Lancet*. Lancet Publishing Group, out. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32360-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32360-2). Acesso em: 11 jul. 2020.

VITÓRIA (ES). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), Espírito Santo. **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE)**. Vitória (ES): SEMUS. 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun. 2020.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Vitória, 2018.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta n. 08/2019 SEMUS/GAS e SEMUS/GVS de 02 de dezembro de 2019**. Vitória, 2019.

CAPÍTULO 4

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO PERÍODO DE 2016 A 2019, NUMA CAPITAL DO SUDESTE BRASILEIRO⁵

A sífilis é um problema de saúde pública global e sua epidemiologia varia em todo o mundo (Çakmak et al., 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou um total de 6,3 milhões de casos incidentes de sífilis no mundo, com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, sendo a prevalência global de sífilis em homens e mulheres de 0,5%, cujos valores regionais variam de 0,1 a 1,6% (BRASIL, 2021).

A sífilis adquirida é agravo de notificação compulsória no Brasil desde 2010, por meio da Portaria n.º 2.472 (BRASIL, 2010). A taxa de detecção da sífilis adquirida apresentou elevação de três vezes no período de 2014 a 2018, passando de 25,1 para 79,8 casos/100.000 habitantes (PAHO, 2019). No entanto, ela é considerada um agravo subnotificado (LAFETA, 2016). Essa subnotificação impacta negativamente a resposta às infecções sexualmente transmissíveis (IST) no país, tanto pelo total de casos como por aspectos comportamentais e sua vulnerabilidade (DOMINGUES et al., 2021).

Entre 2010 a junho de 2021, o Brasil notificou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 917.473 casos de sífilis adquirida, sendo 51,7% na região Sudeste, 22,4% na Sul, 13,4% na Nordeste, 6,9% na Centro-Oeste e 5,6% na Norte (DOMINGUES et al., 2021).

No estado do Espírito Santo (ES), no período de 2010 a 2018, a sífilis adquirida apresentou taxas de detecção crescentes. Em 2019 (117,1 casos/100.000 hab.), e 2020 (78,8 casos/100.000 hab.), foi um dos 11 estados brasileiros com taxas de detecção superiores à média nacional, figurando como o segundo e terceiro no ranking do país, respectivamente, nesses anos (BRASIL, 2020, 2021).

⁵ BARCELOS, M. R. B. et al. Avaliação das ações de enfrentamento da sífilis adquirida no período de 2016 a 2019, numa capital do sudeste brasileiro. *J.Hum. Growth Dev. Santo André*, v. 32, n. 2, p. 258-267. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v32n2/pt_10.pdf.

O município de Vitória (ES) constou, no período de 2010 a 2018, entre as 16 capitais com taxas de detecção de sífilis em gestantes, superiores a do Brasil (BRASIL, 2018). Em 2019 (222,3 casos/100.000 hab.) e 2020 (141,9 casos/100.000 hab.), foi a capital com maior taxa de detecção da sífilis (BRASIL, 2020, 2021).

Em 2016, quando a sífilis foi declarada um grave problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), o município de Vitória realizou um aprimoramento de seu Plano de Enfrentamento da Sífilis para melhor atuação da vigilância e assistência. Esse plano é composto de oito eixos, sendo que dois deles se relacionam diretamente com a sífilis adquirida: ofertar tratamento adequado para a sífilis na população geral e monitoramento dos casos de sífilis adquirida. Somando-se às estratégias previstas no plano, o município vem obtendo a atuação das diversas instâncias de gestão e assistência, destacando-se a integração entre vigilância e assistência, com foco no enfrentamento da doença (VITÓRIA, 2016).

A avaliação dos resultados consiste no efeito do cuidado sobre o estado de saúde da população, utilizando a satisfação com o atendimento recebido. Os resultados podem ser um reflexo das ações do cuidado, porém não é possível apontar erros sem avaliar as etapas que o antecederam (DONABEDIAN, 1980). Sabendo-se que a inter-relação entre o prestador e o receptor dos cuidados no processo, considerar-se-á, neste estudo, o processo como o próprio Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis, a realização de ações no cumprimento de cada eixo, mediando a relação profissional-usuário.

Consideram-se os indicadores variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de um objeto, e a escolha desses indicadores, uma tarefa crítica do avaliador (TANAKA, 2011; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Este estudo utilizou como base as premissas abordadas por Novaes, em que: o objetivo é o aprimoramento; a posição do avaliador é variável, ora interno, ora externo; o enfoque priorizado é a caracterização/quantificação; a metodologia é a quantitativa; o contexto é natural; a utilização da informação gera instrumentos para a gestão; e o juízo formulado em relação à temporalidade é gerador de normas num contexto integrado e contínuo (NOVAES, 2000).

Diante da indisponibilidade dos dados de investigação da sífilis adquirida no SINAN (DOMINGUES et al., 2021) e tendo em vista a necessidade de avaliar-se o perfil epidemiológico da doença no município, julga-se de suma importância a avaliação

de indicadores de tratamento e monitoramento da sífilis adquirida, com o intuito de contribuir na avaliação dos eixos do plano de enfrentamento vigente no município.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar os indicadores de resultado dos eixos 3 e 4 do Plano de Enfrentamento da Sífilis “realização de tratamento adequado para a sífilis na população geral” e “monitoramento dos casos de sífilis adquirida”, dentre os casos notificados pelos serviços municipais de saúde, no quadriênio 2016-2019, em Vitória (ES).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliação para a gestão, descritivo, de abordagem quantitativa.

O cenário do estudo é o município de Vitória, capital do Espírito Santo, cuja área territorial é de 97,123 km², a população estimada de 365.855 habitantes, formado pela parte insular e parte continental e composto por seis regiões de saúde, que são: Maruípe, Continental, Forte São João, Centro, São Pedro e Santo Antônio (VITÓRIA, 2018).

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser caso notificado de sífilis adquirida no período de 1.º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019 e ter endereço cadastrado compatível com o município de Vitória (ES).

Definiram-se os critérios de exclusão: constar em duplicidade no banco do SINAN e ter endereço incompatível com o município de Vitória (ES).

Antes da digitação dos dados no SINAN, as notificações foram revisadas na Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município de Vitória, de acordo com os critérios de definição de caso do Ministério da Saúde (MS), vigente no período 2016 a 2019 (BRASIL, 2016, 2017, 2019). Considerou-se caso de sífilis adquirida todo indivíduo que apresentou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação teste treponêmico reagente, assintomático; ou indivíduo com pelo menos um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sendo sintomático para sífilis (BRASIL, 2016, 2017).

Atualmente, no SINAN, é possível inserir apenas dados de identificação e demográficos dos casos de sífilis adquirida (DOMINGUES et al, 2021). Para realizar esse trabalho, foi necessário recorrer às notificações originais, a fim de

verificar informações de investigação dos casos, como os dados clínicos faltantes nas notificações originais e nas situações em que a notificação original não foi localizada, os dados foram buscados em prontuários e também, quando necessário, às informações do Sistema Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE).

O estudo analisou os casos notificados de sífilis adquirida do município de Vitória, no período de 2016 e 2019, sendo os dados de informação extraídos do SINAN, os dados de investigação extraídos das fichas de notificação de sífilis adquirida, seguidos da sua checagem em prontuário eletrônico. Realizou-se também o levantamento dos dados de monitoramento dos casos, em prontuário eletrônico, constantes na Rede Bem Estar - RBE (SGIRBE).

A coleta de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi referente ao período de 1.º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. As informações relativas ao tratamento e monitoramento dos casos ocorreu por meio de busca em prontuário eletrônico, no período de 1.º de agosto de 2020 a 31 de março de 2021.

Realizou-se a coleta de dados em fichas de notificação originais e registros do SGIRBE, de 22 de agosto de 2020 a 21 de julho de 2021. As variáveis foram digitadas utilizando planilha de Excel e somadas às informações extraídas do SINAN.

As variáveis de identificação estudadas foram: unidade da federação (Espírito Santo; outros estados); município da notificação (Vitória; Vila Velha; outros municípios); serviços da notificação (SEMUS; laboratórios privados; hospitais e clínicas de Vitória; unidades de saúde de outros municípios)

As variáveis demográficas estudadas foram: idade categorizada em 10 anos (10 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos, 50 ou mais); cor da pele autorreferida (conforme preconizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – estratificada em branca, parda, preta, indígena e amarela); escolaridade (analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio completo e superior); e região de saúde de residência.

Quanto às variáveis clínicas e laboratoriais, coletaram-se: teste não treponêmico (reagente, não reagente, não realizado); título do Veneral Disease Research Laboratory - VDRL (menor ou igual 1/8; maior que 1/8); teste treponêmico (reagente, não reagente, não realizado); classificação clínica (primária, secundária, terciária; latente; ignorado); tratamento (Penicilina G Benzatina 2.400.000UI; Penicilina G Benzatina

4.800.000UI; Penicilina G Benzatina 7.200.000UI; outro esquema; não realizado; ignorado); tratamento adequado (sim; não; ignorado); monitoramento com 1 VDRL pós-tratamento (sim; não; ignorado); monitoramento adequado (sim; não; ignorado).

A taxa de detecção da doença foi calculada dividindo-se o número de casos anual pela população estimada para o município pela SEMUS/CIS, segundo a estimativa do IBGE/TCU, referente ao citado ano, multiplicado por 100.000 habitantes.

Os indicadores dos Eixos 3 e 4 do plano de enfrentamento serão calculados apenas sobre os casos de sífilis adquirida notificados pelos serviços de saúde vinculados à SEMUS, visto que os demais serviços não estão sob a governabilidade do município, nem existe acesso ou conexão por sistemas informatizados entre eles e a SEMUS.

O terceiro eixo “ofertar tratamento adequado para a sífilis na população geral”⁹ foi analisado a partir do indicador “percentual de tratamento adequado para a sífilis”, dentre os casos atendidos nos serviços de saúde próprios da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES (SEMUS).

O tratamento considerado adequado para a sífilis adquirida – na dose e no tempo – foi o uso da Penicilina Benzatina, completo, de acordo com a fase clínica da doença ou medicamentos alternativos, estabelecidos no Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Considerou-se como “outro esquema” a prescrição de Doxiciclina 100mg, segundo a fase clínica da doença. O indicador de tratamento adequado foi a soma do percentual de tratamento com 7.200.000 UI, 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina e tratamento realizado com Doxiciclina 100 mg de 12/12, por 15 ou 30 dias, conforme fase clínica da doença (FREITAS et al., 2021).

O quarto eixo “monitoramento dos casos de sífilis na população geral” foi analisado a partir do indicador “percentual de monitoramento adequado” (VITÓRIA, 2016).

O monitoramento considerado adequado foi a realização do teste não treponêmico a cada 3 meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente com sífilis adquirida, mediante exame aos 3, 6, 9 e 12 meses após o tratamento. Também se considerou adequada a suspensão do monitoramento a partir do critério de cura. O teste não treponêmico de referência utilizado neste estudo foi o VDRL. Analisou-se o critério de cura durante o monitoramento, verificando-se queda de duas titulações em seis meses para a sífilis recente ou queda de duas titulações em um ano para a sífilis tardia (FREITAS et al., 2021).

A análise estatística foi realizada por meio do pacote estatístico PSPP, versão 1.3.1, no período de 22 de julho a 31 de agosto de 2021. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, e aprovada pelo Parecer n.º 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060.

RESULTADOS

Identificaram-se 2.781 casos notificados de residentes em Vitória, sendo 785 em 2016, 505 em 2017, 604 em 2018 e 888 em 2019. Excluíram-se 134 casos em duplicidade, no total -53 em 2016, 16 em 2017, 16 em 2018 e 49 em 2019 -, tendo permanecido no estudo 2.647 casos (732 em 2016, 489 em 2017, 588 em 2018 e 838 em 2019). Dentre esses, verificou-se que o número de casos notificados foi crescente, de 2017 a 2019. O percentual do sexo masculino foi predominante em todo o quadriênio (dados não apresentados em tabela).

A taxa de detecção da sífilis adquirida foi de 203,58/100.000 habitantes em 2016; 134,66/100.000 em 2017; 164,12/100.000 em 2018; e 231,43/100.000 habitantes em 2019 (dados não apresentados em tabela).

Ao longo do quadriênio 2016-2019, 2.644 casos (99,88%) foram notificados no Espírito Santo. Apenas três casos (0,12%) ocorreram em outros estados: um (0,04%) em Minas Gerais, um (0,04%) no Rio de Janeiro e um (0,04%) em Santa Catarina (dados não apresentados em tabela).

Quanto aos municípios, houve as seguintes notificações de casos: Vitória 2.281 (92,38%); Vila Velha, 344 (13%); Fundão e Serra, 6 cada um (0,23%); Cariacica e Viana, 2 cada um (0,23%); outros municípios do estado (Guaçuí, Linhares e São Domingos do Norte), 1 caso cada um (0,04%); municípios de outros estados (Ribeirão das Neves, Rio de Janeiro e Brusque), 1 caso cada um (0,04%) (dados não apresentados em tabela).

Dentre as fontes notificadoras, a SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória) notificou 1.966 casos (74,27%), seguida dos laboratórios privados, 469 (17,72%); hospitais em Vitória, 166 (6,27%); unidades de saúde, prontos atendimentos, centros de referência e centros prisionais de outros

municípios, 29 (1,10%); hospitais e clínicas de outros municípios, 9 (0,34%); e clínicas privadas em Vitória, 8 (0,30%) (dados não apresentados em tabela).

Ao longo do quadriênio, as regiões que apresentaram o maior percentual de casos notificados foram Maruípe (660; 24,93%), seguida pelas regiões Continental (603; 22,78%), Forte São João (449; 16,96%), Centro (346; 13,07%), São Pedro (315; 11,90%) e Santo Antônio (274; 10,35%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da Amostra: Dados sócio-demográficos segundo ano.

| Variáveis | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | Total | |
|------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 459 | 62,70 | 305 | 62,37 | 372 | 63,27 | 505 | 60,26 | 1641 | 61,99 |
| Feminino | 273 | 37,30 | 184 | 37,63 | 216 | 36,73 | 333 | 39,74 | 1006 | 38,01 |
| Faixa etária | | | | | | | | | | |
| Menor de 13 anos | - | - | 1 | 0,20 | - | - | 2 | 0,24 | 3 | 0,11 |
| De 13 a 19 anos | 93 | 12,70 | 57 | 11,66 | 68 | 11,56 | 85 | 10,14 | 303 | 11,45 |
| De 20 a 29 anos | 265 | 36,20 | 164 | 33,54 | 188 | 31,97 | 298 | 35,56 | 915 | 34,57 |
| De 30 a 39 anos | 182 | 24,86 | 112 | 22,90 | 138 | 23,47 | 223 | 26,61 | 655 | 24,74 |
| De 40 a 49 anos | 93 | 12,70 | 64 | 13,09 | 69 | 11,73 | 85 | 10,14 | 311 | 11,75 |
| 50 anos ou mais | 99 | 13,52 | 91 | 18,61 | 125 | 21,26 | 145 | 17,30 | 460 | 17,38 |
| Raça / Cor | | | | | | | | | | |
| Branca | 113 | 15,44 | 81 | 16,56 | 122 | 20,75 | 157 | 18,74 | 473 | 17,87 |
| Preta | 71 | 9,70 | 54 | 11,04 | 68 | 11,56 | 77 | 9,19 | 270 | 10,20 |
| Parda | 218 | 29,78 | 163 | 33,33 | 206 | 35,03 | 257 | 30,67 | 844 | 31,89 |
| Amarela | 2 | 0,27 | 2 | 0,41 | 1 | 0,17 | 2 | 0,24 | 7 | 0,26 |
| Indígena | - | - | 2 | 0,41 | - | - | 2 | 0,24 | 4 | 0,15 |
| Ignorado | 328 | 44,81 | 187 | 38,24 | 191 | 32,48 | 343 | 40,93 | 1049 | 39,63 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | 4 | 0,55 | 4 | 0,82 | 5 | 0,85 | 1 | 0,12 | 14 | 0,53 |
| Fundamental incompleto | 125 | 17,08 | 72 | 14,72 | 104 | 17,69 | 157 | 18,74 | 458 | 17,30 |
| Fundamental completo | 134 | 18,31 | 83 | 16,97 | 91 | 15,48 | 122 | 14,56 | 430 | 16,24 |
| Médio completo | 168 | 22,95 | 125 | 25,56 | 146 | 24,83 | 197 | 23,51 | 636 | 24,03 |
| Superior completo | 43 | 5,87 | 38 | 7,77 | 59 | 10,03 | 65 | 7,76 | 205 | 7,74 |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|------|--------|
| Ignorado / Não se aplica | 258 | 35,25 | 167 | 34,15 | 183 | 31,12 | 296 | 35,32 | 904 | 34,15 |
| Região de residência | | | | | | | | | | |
| Região Maruípe | 180 | 24,59 | 130 | 26,58 | 145 | 24,66 | 205 | 24,46 | 660 | 24,93 |
| Região Continental | 164 | 22,40 | 123 | 25,15 | 122 | 20,75 | 194 | 23,15 | 603 | 22,78 |
| Região Forte São João | 112 | 15,30 | 77 | 15,75 | 100 | 17,01 | 160 | 19,09 | 449 | 16,96 |
| Região Centro | 100 | 13,66 | 59 | 12,07 | 88 | 14,97 | 99 | 11,81 | 346 | 13,07 |
| Região São Pedro | 102 | 13,93 | 43 | 8,79 | 74 | 12,59 | 96 | 11,46 | 315 | 11,90 |
| Região Santo Antônio | 74 | 10,11 | 57 | 11,66 | 59 | 10,03 | 84 | 10,02 | 274 | 10,35 |
| Total | 732 | 100,00 | 489 | 100,00 | 588 | 100,00 | 838 | 100,00 | 2647 | 100,00 |

Quanto à variável sexo, foram notificados 1.641 homens (61,99%) e 1.006 mulheres (38,01%). O sexo masculino foi predominante nos 4 anos, com percentuais acima de 60% (Tabela 1).

A faixa etária predominante em todos os anos foi de 20 a 29 anos, num total de 905 casos, (34,57%); seguida pelas faixas etárias de 30 a 39 anos, com 655 casos (24,74%); 50 anos ou mais, 460 (17,38%); 40 a 49 anos, 311 (11,75%); 13 a 19, 303 (11,45%); e menor de 13 anos, 3 (0,11%) (Tabela 1).

A raça/cor de maior frequência foi a parda, com 849 casos (31,89%); seguida pela branca, 473 (17,87%); preta, 270 (10,20%); amarela, 7 (0,26%); indígena, 4 (0,15%). Identificaram-se 1.049 casos (39,63%), cuja raça/cor foi ignorada (Tabela 1).

O nível de escolaridade mais frequente foi médio completo com 636 casos (24,03%); seguido pelo fundamental incompleto, 458 (17,30%); fundamental completo, 430 (16,24%); superior completo, 205 (7,54%). Houve 904 casos (34,15%) cujo grau de escolaridade foi ignorado (Tabela 1).

O teste treponêmico realizado foi o (VDRL). Do total incluído no estudo, 2.332 casos (88,10%) realizaram teste não treponêmico (VDRL). Dentre esses, 2.248 (84,93%) apresentaram teste reagente (Tabela 2). Dentre os casos que realizaram VDRL, um total de 1.732 (88,10%) foi proveniente da rede municipal (SEMUS), dos quais 1.672 casos (85,05%) foram reagentes e 1.118 (63,93%) tiveram titulação maior que 1/8 (dados não apresentados em tabela).

Os testes treponêmicos utilizados foram Teste Rápido (TR) ou Anticorpos Anti-Treponêmicos (SIF). Realizou-se teste treponêmico realizado em 1.250 casos

(47,22%). Dentre esses, 1.173 (44,31%) apresentaram reagentes (Tabela 2). Dentre os casos que realizaram teste treponêmico, um total de 1.124 casos (57,17%) foi proveniente da SEMUS e, destes, 1.063 (54,07%) foram reagentes.

Tabela 2. Caracterização da Amostra: Dados clínicos e laboratoriais segundo ano.

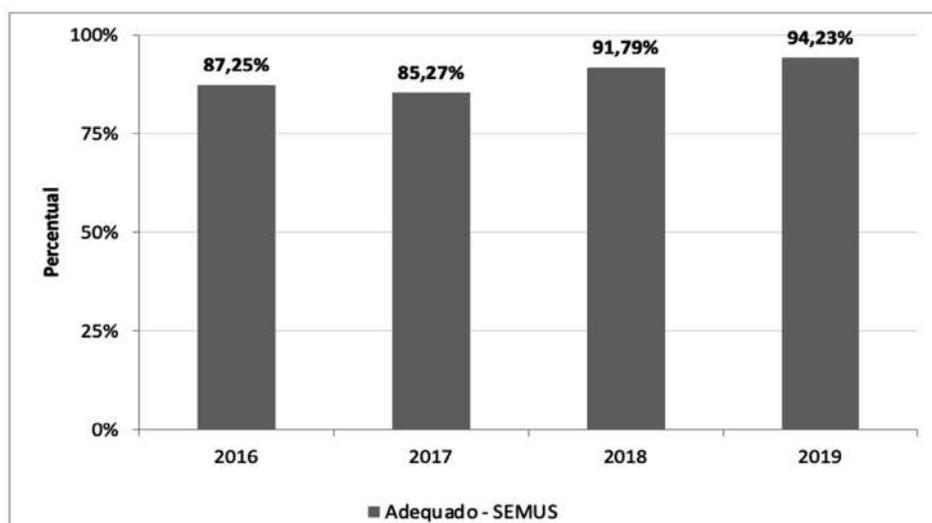
| Variáveis | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | Total | |
|------------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Teste não treponêmico (VDRL) | | | | | | | | | | |
| Reagente | 644 | 87,98 | 412 | 84,25 | 505 | 85,88 | 687 | 81,98 | 2248 | 84,93 |
| Não Reagente | 9 | 1,23 | 8 | 1,64 | 30 | 5,10 | 37 | 4,42 | 84 | 3,17 |
| Não realizado | 43 | 5,87 | 46 | 9,41 | 34 | 5,78 | 81 | 9,67 | 204 | 7,71 |
| Ignorado | 36 | 4,92 | 23 | 4,70 | 19 | 3,23 | 33 | 3,94 | 111 | 4,19 |
| Título (VDRL) | | | | | | | | | | |
| Menor ou igual a 1/8 | 249 | 38,66 | 142 | 34,47 | 187 | 37,03 | 253 | 36,83 | 831 | 36,97 |
| Maior que 1/8 | 395 | 61,34 | 270 | 65,53 | 318 | 62,97 | 434 | 63,17 | 1417 | 63,03 |
| Total | 644 | 100,00 | 412 | 100,00 | 505 | 100,00 | 687 | 100,00 | 2248 | 100,00 |
| Teste treponêmico (TR/SIF) | | | | | | | | | | |
| Reagente | 296 | 40,44 | 182 | 37,22 | 296 | 50,34 | 399 | 47,61 | 1173 | 44,31 |
| Não Reagente | 8 | 1,09 | 16 | 3,27 | 16 | 2,72 | 37 | 4,42 | 77 | 2,91 |
| Não realizado | 217 | 29,64 | 157 | 32,11 | 172 | 29,25 | 221 | 26,37 | 767 | 28,98 |
| Ignorado | 211 | 28,83 | 134 | 27,40 | 104 | 17,69 | 181 | 21,60 | 630 | 23,80 |
| Classificação Clínica | | | | | | | | | | |
| Primária | 90 | 12,30 | 58 | 11,86 | 82 | 13,95 | 120 | 14,32 | 350 | 13,22 |
| Secundária | 86 | 11,75 | 55 | 11,25 | 57 | 9,69 | 75 | 8,95 | 273 | 10,31 |
| Terciária | 50 | 6,83 | 25 | 5,11 | 22 | 3,74 | 34 | 4,06 | 131 | 4,95 |
| Latente | 246 | 33,61 | 196 | 40,08 | 271 | 46,09 | 314 | 37,47 | 1027 | 38,80 |
| Ignorado | 260 | 35,52 | 155 | 31,70 | 156 | 26,53 | 295 | 35,20 | 866 | 32,72 |
| Total | 732 | 100,00 | 489 | 100,00 | 588 | 100,00 | 838 | 100,00 | 2647 | 100,00 |

Na classificação clínica da doença, a opção latente foi a mais frequente (1.027 casos; 38,80%); seguida pela primária (350; 13,22%); secundária (273; 10,31%); e terciária (131; 4,95%). Detectaram-se 866 (32,72%) casos cuja classificação clínica foi ignorada (Tabela 2).

Com relação ao tratamento realizado, 1.476 casos (55,65%) foram tratados com Penicilina Benzatina 7.200.000 UI; 404 (15,26%) com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI; 97 (3,66%) com Penicilina Benzatina 4.800.000 UI; 64 (2,42%) com outro esquema. Houve 82 casos (3,10%) cujo tratamento não foi realizado e 527 (19,91%) cujo tratamento foi ignorado (dados não apresentados em tabela).

No tocante ao monitoramento, 1.295 casos (48,92%) realizaram pelo menos 1 VDRL pós-tratamento (dados não apresentados em tabela).

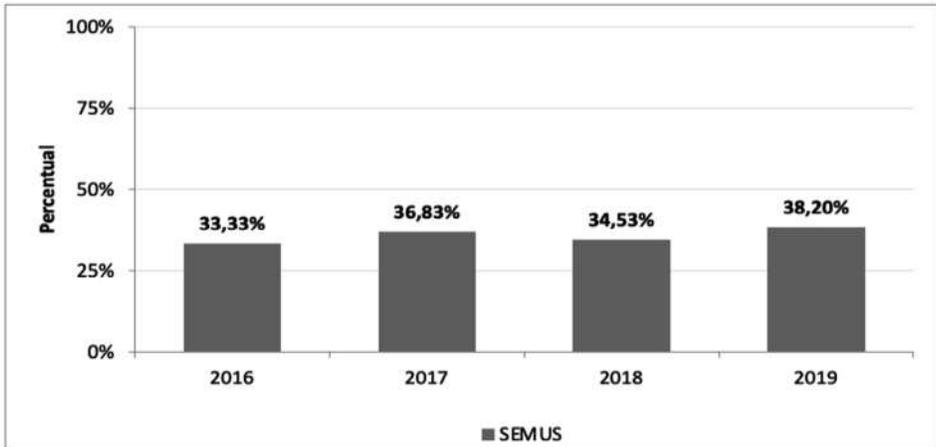
Figura 1. Percentual de tratamento segundo protocolo do Ministério da Saúde.



FONTE: Brasil (2020); Espírito Santo (2020).

Quanto ao indicador do Eixo 3, “oferta de tratamento adequado para a sífilis”, constatou-se que o percentual de tratamento adequado, dentre os casos da rede SEMUS foi de 90,08% no total do quadriênio: 87,25% em 2016; 85,27% em 2017; 91,79 em 2018; e 94,23% em 2019 (Figura 1).

Relativamente ao indicador do Eixo 4, “monitoramento dos casos de sífilis na população geral”. Verificou-se que o percentual de monitoramento adequado, dentre os casos da rede SEMUS, foi de 35,71% no total do quadriênio: 33,33% em 2016; 36,83% em 2017; 34,53% em 2018; e 38,20% em 2019 (Figura 2).

Figura 2. Percentual de monitoramento segundo protocolo do Ministério da Saúde.

FONTE: Brasil (2020); Espírito Santo (2020).

DISCUSSÃO

Ao analisar o quadriênio 2016-2019, o município de Vitória apresentou queda no número de casos e na taxa de detecção da sífilis adquirida no biênio 2016-2017. No ano de 2017, houve queda no número de notificações para sífilis adquirida em todo o estado do Espírito Santo, coincidindo com o período em que ocorreu desabastecimento mundial de penicilina benzatina, entre os anos de 2013 e 2017 (ARAÚJO; SOUZA; BRAGA, 2020). Os mesmos indicadores apresentaram aumento no triênio de 2017-2019. É provável que, em parte, tal fato seja atribuído ao aumento da testagem rápida no município – especialmente nos serviços da rede SEMUS –, à semelhança do que vem ocorrendo em outros municípios (GASPAR et al., 2021).

O aumento da taxa de detecção significa que a epidemia de sífilis está em ascensão no município. Diversos estudos têm enfatizado o ressurgimento da sífilis em populações específicas, incluindo homens que fazem sexo com homens (HSH), em várias partes do mundo (PIERBON et al., 2019; LEE et al., 2020). Considera-se que os casos notificados possam ser prevalentes ou incidentes, visto que nem sempre é possível identificar a fase clínica da doença (DOMINGUES et al., 2021).

No Brasil, a sífilis adquirida apresentou taxa de detecção aumentada até 2018, quando atingiu 76,4 casos por 100.000 habitantes. Em 2019, houve redução

dessa taxa, que chegou a 74,2 casos por 100.000 habitantes, e em 2020 caiu para 54,5 casos por 100.000 habitantes. Essa redução tem sido atribuída a problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, demora da notificação e alimentação das bases de dados do SINAN, e também à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19 (BRASIL, 2021).

A faixa etária predominante em todos os anos foi de 20 a 29 anos, seguida pela de 30 a 39 anos, em consonância com o que se observou no Brasil, no mesmo período. No entanto, a faixa etária de 50 anos ou mais foi a terceira mais frequente em Vitória, sendo a quinta em frequência no Brasil, o que merece a atenção da Gestão para realizar ações preventivas e de detecção precoce, também para esse público-alvo. Ou seja, trata-se de uma geração sem iniciação sexual com prática de sexo seguro e aspectos de maior vulnerabilidade, como a maior dificuldade de ereção entre os homens e menor lubrificação genital entre as mulheres (BRASIL, 2020; AGUIAR et al., 2020; ARAUJO et al., 2021).

Enquanto, em Vitória, a frequência relativa da variável sexo dentre os casos de sífilis adquirida foi 61,99% do sexo masculino e 38,01%, ao longo do quadriênio, no Brasil, na série histórica de 2010 a 2019, 41,1% ocorreram em homens e 58,9% em mulheres (BRASIL, 2020).

O padrão de distribuição da raça/cor em Vitória se assemelhou ao do país. Somando-se pardos e pretos no quadriênio, Vitória teve percentual de 42,19% e, no Brasil, no ano de 2019, de 48,3%. O nível de escolaridade mais frequente foi o médio completo, seguido pelo fundamental incompleto e fundamental completo. No Brasil, no ano de 2019, também se identificou esse o perfil de escolaridade dos casos de sífilis adquirida. Em Vitória, o percentual de ignorados no quadriênio foi de 34,15%, enquanto, no Brasil, no ano de 2019, foi de 36,2 % (BRASIL, 2020). Estudo realizado nas cidades de Augusto Corrêa, Barcarena e Bragança (PA) encontrou associação entre sífilis adquirida e baixa escolaridade (SOUZA et al., 2020).

Quando se observam percentuais mais elevados da sífilis adquirida na raça negra e em pessoas com baixa escolaridade, remete-se ao conceito de vulnerabilidade, que busca compreender como os aspectos sociais, culturais e individuais interagem para levar a condições em que se concretizem certos perigos ou ameaças (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; OZELAME et al., 2020).

Neste estudo, 88,10% dos casos realizaram o teste não treponêmico,

considerado de eleição para monitorar o tratamento. Os testes treponêmicos foram realizados em 47,22% dos casos, pois são de fácil execução, fornecem resultados em até 30 minutos, não necessitam de infraestrutura laboratorial, podem ser realizados por qualquer pessoa treinada e, uma vez positivos, tendem a permanecer positivos por toda a vida. Destarte, não são úteis ao monitoramento do tratamento, nem fazem distinção entre uma infecção ativa e uma infecção passada (GASPAR et al., 2021).

Na classificação clínica da doença, a opção latente foi a mais frequente, seguida pela primária, secundária e terciária. Seria importante que se fizesse distinção entre a sífilis latente recente (até um ano de evolução) e tardia, visto que, nos casos incidentes, as formas primária, secundária e latente recente são consideradas fases de maior transmissibilidade (DOMINGUES et al., 2021).

O indicador “oferta de tratamento adequado” foi crescente ao longo do quadriênio, chegando ao percentual de 94,23% no ano de 2019, refletindo melhorias no Eixo 3 do Plano de Enfrentamento de Sífilis em Vitória.

Embora 48,92% dos casos tenham efetuado pelo menos um exame VDRL após tratamento, não se considera a realização de apenas um exame como adequada, conforme critérios adotados pelo MS (FREITAS et al., 2021).

Com relação ao indicador “monitoramento dos casos de sífilis na população geral”, constatou-se que o percentual de monitoramento adequado foi de 35,71% no total do quadriênio, apresentando melhoria apenas de 2016 para 2017 e de 2018 para 2019. Ademais, configura-se um desafio para os serviços municipais de saúde e a gestão municipal, visto que o monitoramento da resposta ao tratamento é mandatório, devendo ser realizado em toda a rede de atenção à saúde (FREITAS et al., 2021).

Entende-se que parte desse percentual de monitoramento inadequado ou não monitoramento seja devido à baixa percepção desses usuários sobre sua vulnerabilidade. Estudo qualitativo realizado com oito mulheres que tinham histórico prévio de infecções sexualmente transmissíveis, na faixa etária de 21 a 44 anos, detectou baixa percepção sobre sua própria vulnerabilidade, sugerindo o planejamento de ações de prevenção que não se limitem ao repasse de informações, mas incluam trocas de saberes, crenças e valores, respeitem a vivência e a sua sexualidade (MOURA et al., 2020).

Acerca da indisponibilidade dos dados de investigação da sífilis adquirida no SINAN, autores têm sido enfáticos no que se refere ao alinhamento entre as revisões de definição de caso, ficha de notificação, investigação epidemiológica e o SINAN –sistema destinado a receber e preservar a base desses dados –, para que as ações de vigilância possam ocorrer com melhor qualidade da informação. Os dados de investigação epidemiológica da sífilis adquirida, após serem sistematicamente coletados, precisam ser inseridos e processados no sistema (DOMINGUES et al., 2021).

Considerou-se, um fator dificultador, a inexistência dos dados de investigação no SINAN, conduzindo à revisão das fichas de notificação impressas, fichas de notificação vinculadas ao prontuário eletrônico nos casos cadastrados na rede SEMUS, e o próprio prontuário eletrônico, quando a notificação não foi localizada. Algumas dessas etapas teriam sido poupadas se os dados de investigação estivessem disponíveis no SINAN.

Há uma destacada incompletude de dados de raça/cor, escolaridade e classificação clínica. Este trabalho dá subsídios à gestão, para que tais campos sejam de preenchimento obrigatório, quando da notificação realizada no sistema informatizado do município de Vitória (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Algumas etapas deste trabalho foram afetadas pela pandemia de COVID-19, sem repercussões significativas no resultado final. Em relação aos dados, apenas o ano de 2019 pode ter sofrido alguma repercussão da pandemia, mas não está claro se realmente houve alguma influência (MACIEL et al., 2021).

Este estudo teve, como limitação, a análise de dados secundários, estando sujeito a falhas de preenchimento e/ou incompletude das informações. Além disso, como o indicador de monitoramento de sífilis adquirida se baseou em busca de registros em prontuários eletrônicos, possivelmente ocorreram falhas de preenchimento.

Ressalta-se, ainda, que se trata de um estudo inédito, pois os dados relativos à investigação de sífilis adquirida não foram analisados anteriormente, em seu conjunto, de forma sistemática. O conhecimento desses indicadores permite uma reavaliação de estratégias, no sentido do aprimoramento, com ênfase ao monitoramento da doença.

CONCLUSÃO

No quadriênio 2016-2019, o município de Vitória apresentou o percentual de tratamento adequado de 90,08%, com aumento a cada ano. Quanto ao percentual de monitoramento adequado, não obstante a melhoria no ano de 2019 (38,20%), ainda se encontra distante do almejado. Para a melhoria gradativa desses indicadores, sugere-se maior adesão aos protocolos do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. B.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet], v. 25, n. 6, p. 2051-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>. Acesso em: 29 out. 2020.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: abordagem às pessoas com vida sexual ativa. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online], v. 30, n. spe1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100003.esp1>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ARAÚJO, R. S.; SOUZA, A. S. S.; BRAGA, J. U. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013-2017? *Rev Saude Publica*, v. 54, 109, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 2.472, de 31 de Agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota informativa**. (2- SEI/2017); 2017.

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; 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico da**

Sífilis, Número Especial/Out. 2020. Ano Vi, n. 01. NÚMERO ESPECIAL Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) DATASUS dados de 2010 a 2018. Brasília. Coleta de dados em 20 de julho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, Número Especial/Out. 2021. Ano V, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

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)**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ÇAKMAK, S. K.; TAMER, E.; KARADAĞ, A. S.; WAUGH, M. Syphilis: A great imitator. **Clinics in dermatology**. v. 37; n.3, p. 182–191. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinidmatol.2019.01.007>. Acesso em: 25 set. 2023.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online], v. 30, n. spe1, e2020549, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100002.esp1>. Acesso em: 22 ago. 2021.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 1, p. 1-31, 1980.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. *Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE)*. [Internet]. Vitória (ES): SEMUS; 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun. 2020.

FREITAS, F. L. S. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online], v. 30, n. spe1, e2020616, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100004.esp1>. Acesso em: 25 ago. 2021.

GASPAR, P. C. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 30, n. spe1, e2020630, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100006.esp1>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LAFETA, K. R. G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M, F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* [Internet], v. 19; n. 1; p. 63-74, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LEE, N. Y. ET AL. Increased repeat syphilis among HIV-infected patients: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. **Medicine**, v. 99, n. 28, p. e21132, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021132>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MOURA, S. L. O. et al. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis **Escola Anna Nery** [online], v. 25, n. 1, e20190325, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-8931/20190325>.

org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0325. Acesso em: 12 nov. 2021.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

OZELAME, J. E. E. P.; FROTA, O. P.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; TESTON, E. F. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v. 28; n. e50487; p.1. 2020. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50487>. Acesso em: 12 nov. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). New generations free of HIV, syphilis, hepatitis b, and chagas disease: EMTCT plus in the Americas, 2018 [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2019. 42p. Disponível : <https://www.paho.org/en/documents/new-generations-free-hiv-syphilis-hepatitis-b-and-chagas-disease-americas-emtct-plus-2018>. Acesso em: 22 ago. 2021.

PIERBON, M.; COCCHIO, S.; RUSSO, C.; BONAMIN, MA; BALDO, V. Sexually-transmitted infections: What is the true prevalence? A cross-sectional online survey of men who have sex with men in the Veneto Region of Italy. **J. Prev Med Hyg**, v. 60, n. 3, p. E197 – E202, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.3.1181>. Acesso em: 12 nov. 2021.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 19, n. 53 , p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ROWLEY, J. et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull World Health Organ [Internet]**, v. 97; n. 8; p. 548-62. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2471%2FBBLT.18.228486>. Acesso em: 22 ago. 2021.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.** [Internet], v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2021.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Período 2018-2021. 2018.

CAPÍTULO 5

O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019: AVALIAÇÃO QUALITATIVA PARA A GESTÃO⁶

O ressurgimento da sífilis, inclusive em países de alta renda, tem contribuído para continuar a mantê-la como um problema de saúde pública no mundo (SPITERI et al., 2019). Em 2020, o Brasil contabilizou 115.371 notificações de sífilis adquirida, com uma taxa de detecção de 54,5 casos por 100 mil habitantes. No Espírito Santo, ocorreram 3.204 notificações e uma taxa de 78,8 casos para cada 100 mil habitantes, e Vitória, 141,9 casos para cada 100 mil habitantes, no mesmo período, sendo a capital brasileira com taxa de detecção mais elevada no país (BRASIL, 2021).

Embora o campo da avaliação tenha apresentado um crescimento significativo nos últimos anos, ainda há lacunas importantes para a sua consolidação. Dentre essas, a produção de conhecimento nos grandes gargalos enfrentados no momento (CHIANCA; SANTOS; CRUZ, 2017). Considera-se o enfrentamento da sífilis um desses gargalos, haja vista a vulnerabilidade social, individual e programática da população à doença (OZELAME et al., 2020).

Em 2016, quando declarada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), como um grave problema de saúde, o município de Vitória realizou o aprimoramento de seu Plano de Enfrentamento da Sífilis é composto por oito eixos, com ações de enfrentamento direcionadas à sífilis adquirida, em gestante e congênita (VITÓRIA, 2016).

Um olhar sistemático sobre os indicadores qualitativos dos eixos desse plano, com participação de diversos atores implicados no processo, pode trazer à tona aspectos inéditos sobre o enfrentamento da sífilis em Vitória e

⁶ BARCELOS, M. R. B. et al. O enfrentamento da sífilis em Vitória (ES) 2016-2019: avaliação qualitativa para a gestão pública. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, e399111133646, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33646>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33646>

apontar caminhos para o melhor enfrentamento da doença. Neste contexto, a avaliação dos resultados consiste em analisar o efeito da prestação do cuidado ao estado de saúde da população, este refletindo o efeito das ações públicas (DONABEDIAN, 1980).

Sabendo-se que é no processo que acontece a inter-relação entre o prestador e o receptor dos cuidados (DONABEDIAN, 1980), este estudo considera o Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis como processo no qual ocorre a realização de ações para o cumprimento de cada eixo, mediando a relação profissional-usuário.

A partir da constatação de melhorias progressivas em alguns indicadores do enfrentamento da sífilis no município, a taxa de incidência da sífilis congênita, por exemplo (VITÓRIA, 2019), objetiva-se descrever as facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento da sífilis, no município de Vitória (ES), relativas ao quadriênio 2016-2019, na percepção dos profissionais de saúde e dos gestores.

MÉTODO

Para avaliar o Programa de Enfrentamento da Sífilis no município de Vitória no quadriênio 2016-2019, optouse por um estudo de avaliação para a gestão, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Dentre os critérios dos estudos avaliativos, deve-se gerar informações pertinentes aos usuários e envolvidos na gestão, com vias à implementação de melhorias nos serviços avaliados. (NOVAES, 2000; MEDINA; Abdon; Aquino, 2021). No estudo, a posição do avaliador foi interna em relação à participação no plano avaliado, e externa durante o processo avaliativo; o enfoque principal foi a caracterização, por meio de metodologia qualitativa; o contexto de avaliação foi natural, com a geração de instrumentos e orientações para a gestão, apontando focos de mudanças plausíveis aos gestores em relação à temporalidade e por meio de interações singulares e contextualizadas à realidade avaliada (NOVAES, 2000; TANAKA, 2017).

Realizaram-se dois grupos focais, sendo o primeiro composto pela equipe gestora, denominada Grupo de Trabalho (GT) da Sífilis, e o segundo,

por membros do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical do HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zika (COPEMI-TV). No grupo focal do GT da Sífilis, o tempo de duração do primeiro encontro foi de 1 hora, 11 minutos e 26 segundos e, do segundo encontro, 11 minutos e 38 segundos. No grupo focal do COPEMI, o tempo de duração do primeiro encontro foi de 58 minutos e 14 segundos e, do segundo encontro, 41 minutos e 47 segundos. Os grupos focais ocorreram em salas reservadas na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Em ambos, as participantes foram distribuídas em forma de círculo.

Também foram realizadas 87 entrevistas com profissionais de saúde: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a) e uma pessoa-referência de sífilis em cada uma das 29 unidades de saúde do município, totalizando 29 profissionais de cada uma dessas categorias. As entrevistas foram agendadas e ocorreram em seus respectivos locais de trabalho, em sala reservada, ou em local reservado para profissionais em *home office*.

O roteiro utilizado foi o mesmo para os grupos focais e entrevistas dos profissionais de saúde, abordando os oito eixos do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis: Eixo 1 - Captação precoce da gestante com sífilis; Eixo 2 - Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; Eixo 3 - Ofertar tratamento adequado para a sífilis (população geral); Eixo 4 - Monitoramento dos casos de sífilis adquirida; Eixo 5 - Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; Eixo 6 - Monitoramento do plano; Eixo 7 - Realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes; e Eixo 8 - Seguimento da sífilis congênita (VITÓRIA, 2016), com três perguntas avaliativas para cada eixo.

As falas do grupo focal e as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, por meio do aplicativo Voice Notepad Speech to Text, disponível no site <https://dictation.io/speech>. O texto transcrito foi cuidadosamente revisado pela autora principal do estudo. Para fins de análise, considerou-se cada entrevista um texto e cada texto foi separado por linhas de comando.

Submeteu-se o material coletado à pré-análise a partir da leitura exaustiva do material transcrito. Com o conjunto dos vários textos, preparou-se um corpus, sendo então disponibilizado para um bloco de notas, a fim de ser submetido à análise lexical.

Utilizou-se o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires), licença GNU, GNU GPL ou simplesmente GPL (LICENÇA PÚBLICA GERAL PNU, 2007), utilizadas por projetos de software livre e de código aberto, versão 7,2, codificado de acordo com as variáveis.

O corpus textual foi submetido a uma primeira análise por eixos do plano de enfrentamento e, em seguida, à análise segundo resposta 1 (facilidades); resposta 2 (dificuldades) e resposta 3 (contribuições) das ações de enfrentamento da sífilis. Foram realizadas as seguintes análises: nuvem de palavras, análise de similitude e método da classificação hierárquica descendente (CHD).

A nuvem é uma contagem simples de palavras na qual aquelas com maiores incidências estão em fonte maior e centralizadas na imagem. A análise de similitude, além de fazer uma contagem de palavras, também cria clusters, ou seja, agrupa os verbetes mais relacionados dentro do corpus, permitindo assim, se estabelecer o contexto em que foram ditas as palavras mais relevantes (SILVA; ARRUDA; MARIANI, 2021).

Por fim, o CHD proporciona a classificação de vocábulos que, além de serem recorrentes no corpus textual, também possuem algum nível de relação entre si (ou seja, aparecem juntas e correlacionadas, nas falas dos entrevistados) (ARRUDA; SILVA; MARIANI, 2020).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, e aprovada pelo Parecer n.º 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam as orientações acerca da pesquisa antes da sua participação.

RESULTADOS

Foram constituídos dois grupos focais no período de 30 de outubro de 2020 a 8 de abril de 2021. Ambos se reuniram por duas vezes, em datas acordadas com as componentes. Todas as componentes dos grupos focais foram do sexo feminino, com atuação no nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

As reuniões do grupo focal do GT da Sífilis foram realizadas nas datas de 30 de novembro de 2020 e 8 de abril de 2021, e do grupo focal do COPEMI-

TV, nas datas de 30 de setembro de 2020 e 7 de outubro de 2020, na Secretaria Municipal de Saúde, em sala reservada para essa finalidade. Foi composto por três participantes que atuaram durante todo o quadriênio avaliado. Embora o grupo tenha sido pequeno, foi composto por profissionais que estiveram na construção do plano de enfrentamento, faziam articulação permanente com as demais instâncias do programa, representavam as duas Gerências condutoras do Programa – a Gerência de Vigilância em Saúde e a Gerência de Atenção em Saúde – e não apresentavam diferenças significativas nas relações de poder.

O grupo focal do COPEMI-TV (Decreto Municipal nº 17.551, 2018) se reuniu nas datas de 30 de setembro de 2020 e 7 de outubro de 2020, e foi composto por oito pessoas, todas do sexo feminino, com idades entre 38 a 62 anos, tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde variando de 12 a 30 anos, todas com participação no COPEMI-TV, a partir da publicação do Decreto n.º 17.551. Em relação à formação, quatro eram médicas, duas enfermeiras, uma odontóloga e uma assistente social (que também participava do GT da Sífilis, optando por participar apenas do grupo do COPEMI-TV).

A primeira entrevista com os profissionais de saúde ocorreu no dia 30 de outubro de 2020 e a última no dia 09 de novembro de 2020. Dentre os 87 profissionais de saúde participantes, 66 (75,9%) eram do sexo feminino e 21 (24,1%) do sexo masculino, totalizando 53 enfermeiros, 30 médicos e quatro farmacêuticos.

As pessoas-referência de sífilis são profissionais que ocupam diversas categorias. São médicos, enfermeiros e farmacêuticos, que atuam no monitoramento local da sífilis auxiliando na articulação entre as equipes de saúde e as áreas técnicas da Vigilância e Assistência da gestão pública. Do total das referências de sífilis, 24 eram enfermeiros, quatro farmacêuticos e um médico.

Os resultados deste conjunto de entrevistas foram inicialmente analisados por eixo, identificando as facilidades, as dificuldades e as contribuições das ações do Plano de enfrentamento; e, posteriormente, agrupando-se as facilidades, as dificuldades e as contribuições das ações de todos os eixos num único bloco, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Percepção dos participantes com relação às atividades do Plano de Enfrentamento da Sífilis no município de Vitória (ES) distribuição por eixos.

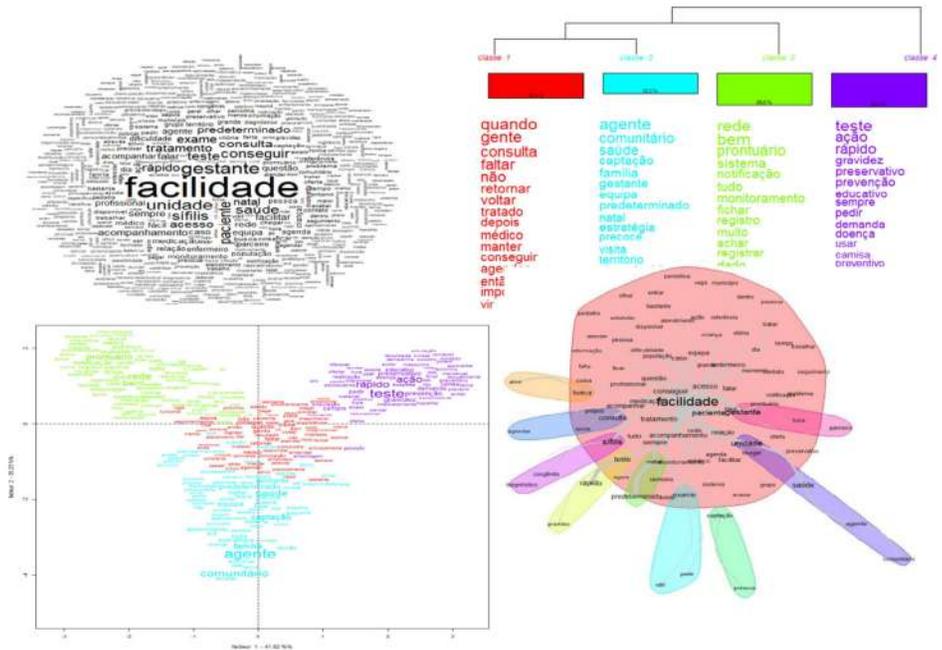
| FONTES Grupos focais e 87 entrevistas | INDICADOR Indicador: Percepção dos participantes com relação às atividades do Plano de Enfrentamento da Sífilis | | |
|--|---|--|---|
| EIXOS DO PLANO | FACILIDADES | DIFICULDADES | CONTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES |
| Eixo 1 - Captar precocemente a gestante para o pré-natal | Realização de busca ativa (ACS) Sistema informatizado (Rede Bem Estar) Cobertura de consultas Laboratório próprio | Rotatividade de profissionais de saúde Abordagem à população de rua Envolvimento da equipe | Tratamento da sífilis Evitar a sífilis congênita |
| Eixo 2: Acompanhar o pré-natal de todas as gestantes | Envolvimento da equipe para o atendimento Realização dos testes | Abordagem à população de rua (vulnerável) Sobrecarga de profissionais Falta de treinamento dos profissionais novos Desvalorização dos profissionais de saúde | Liberação de profissionais para capacitação pelo diretor da unidade de saúde Apoio da gestão |
| Eixo 3: Ofertar tratamento adequado para a sífilis | Disponibilidade de insumos Detecção dos casos Notas técnicas viabilizando o atendimento e início do tratamento de populações vulneráveis nos Prontos Atendimentos | Resistência ao tratamento Tabus em relação ao tratamento | Aceitação de receitas dos serviços privados |
| Eixo 4: Monitorar os casos de sífilis adquirida | Direcionamento do tratamento pelo monitoramento | Necessidade de avançar na testagem | Detecção da doença na população geral (novos casos; reinfeção) |
| Eixo 5: Monitorar a gestante com sífilis e parceria | O sistema de informação (Rede Bem Estar) Vigilância epidemiológica no território | Monitoramento do parceiro Monitoramento da população vulnerável Monitoramento da população prisional Presunção de memória imunológica Adesão ao tratamento | Visibilidade do monitoramento da doença pelo sistema de informação |
| Eixo 6: Monitorar o Plano de Enfrentamento | A integração da vigilância com a assistência (GT) | Déficit de recursos humanos | A existência de um grupo condutor do monitoramento do plano (GT da sífilis) |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Eixo 7: Realizar ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes | Disponibilidade de insumos: teste rápido, preservativos, gel lubrificante e material impresso | Dificuldade de parceria no território Tabus que dificultam a abordagem do tema no território | Conseguir avançar com as ações preventivas nas escolas, entre adolescentes Ampliar ações de testagem Contribuir com o monitoramento da sífilis |
| Eixo 8: Realizar o seguimento da sífilis congênita | A rede de saúde realiza o seguimento por meio de protocolo Facilidade de acompanhamento por parte das equipes de saúde | Falha em acompanhar devidamente | A atuação da Atenção Primária na sífilis congênita |

Fonte: Produção própria (2021) – Facilidades, dificuldades e contribuições das de enfrentamento da sífilis em cada eixo do Plano.

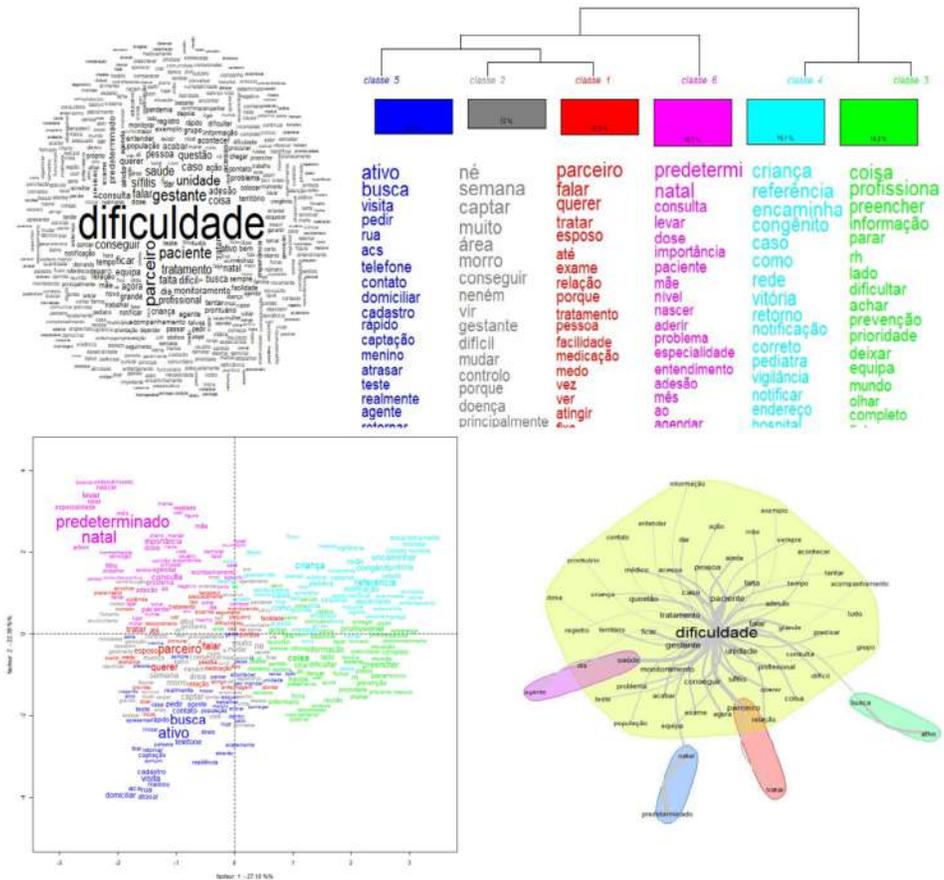
Na análise conjunta dos oito eixos em relação às respostas sobre facilidades, dificuldades e contribuição das ações do Plano, foram consideradas como facilidades (Figuras 1, 2 e 3): a disponibilidade de teste rápido na demanda espontânea e suspeita de gravidez; a disponibilidade de insumos de prevenção (dentre esses, material informativo, preservativos e gel lubrificante); o sistema informatizado que disponibiliza o registro de informações, incluindo ficha de notificação, extração de relatórios e monitoramento; a atuação dos agentes comunitários de saúde na captação precoce da gestante; a realização de visitas no território, na área de domicílio; e a agenda disponível para a realização do monitoramento pós-tratamento.

Figura 1. Facilidades.



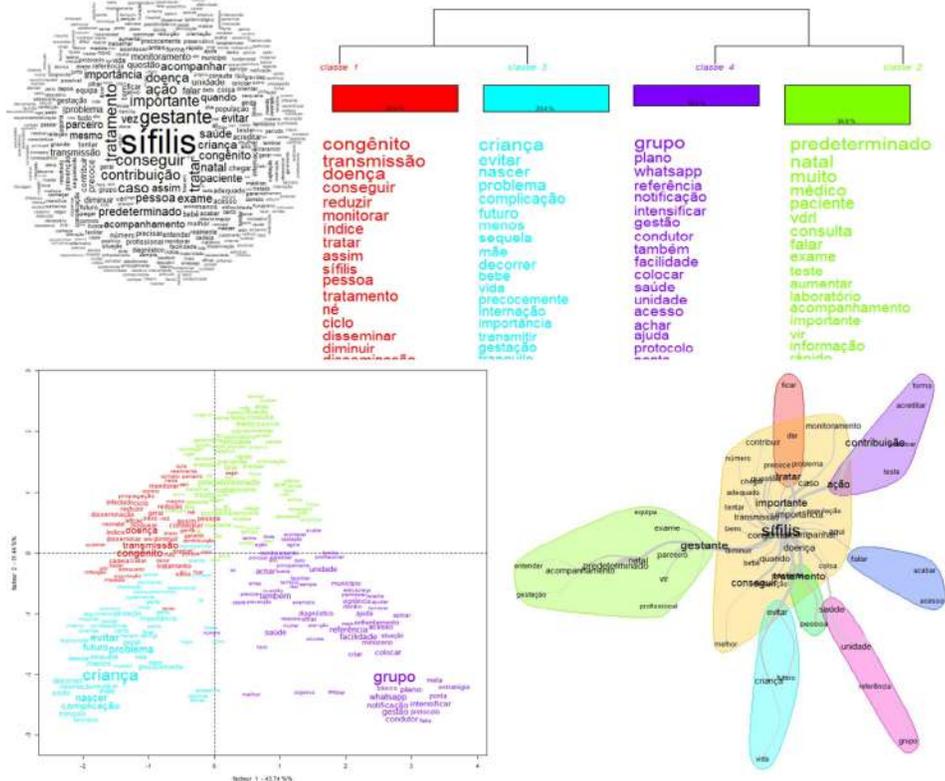
Apontaram-se como dificuldades (Figura 2): insuficiência de recursos humanos em relação à demanda de trabalho; defasagem de pediatras na rede; preenchimento das informações pelos profissionais; necessidade de deixar as equipes completas; não retorno de informações dos hospitais relativos aos casos de sífilis congênita; tratamento do parceiro; medo do tratamento; dificuldade de busca ativa em pessoas em situação de rua; conseguir que o recém-nascido com sífilis congênita venha à unidade para seguimento; desatualização do cadastro e telefones de contato.

Figura 2. Dificuldades.



Foram consideradas contribuições das ações do plano de enfrentamento (Figura 3): o acompanhamento do pré-natal com consultas e aumento de testes; a informação dos resultados do VDRL pelo laboratório para todas as unidades; a diminuição da disseminação da doença; a existência de um grupo condutor das ações de enfrentamento; a disponibilidade de informação entre referências técnicas e as unidades por meio do aplicativo *WhatsApp*; a atuação das referências da sífilis em nível local; a intensificação da notificação dos casos; a ajuda dos protocolos clínicos; evitar a transmissão da doença na gestação; evitar que a criança nasça com problemas; evitar a internação do bebê; evitar complicações para a criança no futuro; conseguir reduzir os índices da sífilis; conseguir tratar, monitorar e diminuir a disseminação da sífilis.

Figura 3. Contribuições das ações.



DISCUSSÃO

O município de Vitória está executando o Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis desde 2016 (VITÓRIA, 2016) e os profissionais têm a dimensão da factibilidade de sua operacionalização, expressa pelas facilidades, e de sua importância, materializada pelas contribuições de suas ações. No entanto, na percepção dos profissionais, o que falta para o alcance de melhores resultados são as questões levantadas como dificuldades.

As facilidades abrangeram a disponibilidade de teste rápido na demanda espontânea e suspeita de gravidez; a realização de busca ativa pelos ACS; o sistema de informação Rede Bem Estar; a cobertura de consultas; a existência de um laboratório próprio; o envolvimento da equipe; a realização dos testes; a

disponibilidade de insumos de prevenção; a detecção dos casos; o atendimento e início do tratamento das populações vulneráveis nos Prontos Atendimentos; o direcionamento do tratamento pelo monitoramento; a realização de vigilância epidemiológica nos territórios de saúde; a integração existente entre a assistência e a vigilância; a disponibilidade de insumos de prevenção; o seguimento dos casos de sífilis congênita por meio de um protocolo. Essas facilidades foram consideradas como potencialidades para o alcance dos resultados (PINTO et al., 2021).

Dentre as dificuldades para as ações de enfrentamento, há aquelas cuja governabilidade abrange os profissionais de saúde; algumas que são prerrogativas exclusivas da gestão e outras em que ambos precisam desenvolver esforços conjuntos. Debatem-se essas questões fazendo-se distinção entre elas, conforme a necessidade de implicação de profissionais, gestão ou ambos.

Dentre as dificuldades atribuídas aos profissionais de saúde, o não preenchimento das informações em prontuário foi considerado o principal. Corroborando essa questão estudo que apontou, como principais causas de inconformidade de registro, a falta de interesse dos profissionais, o desconhecimento da legalidade dos registros, a sobrecarga e déficit de recursos humanos e a insuficiência de qualificação e de conhecimento dos trabalhadores sobre a temática, recomendando a revisão da política de qualificação dos trabalhadores, associada à elaboração de protocolos, adequação dos impressos para os registros e organização criteriosa dos prontuários (SILVA et al., 2021).

O baixo envolvimento da equipe nos processos é considerado como impeditivo para a captação precoce da gestante (Eixo 1). Embora a gestão do trabalho possa ser compreendida, na macropolítica, sob o formato administrativo – situações de mando/controle prescritivo da organização dos processos de trabalho –, é também uma ação cotidiana do trabalhador no aspecto micropolítico, no qual os trabalhadores são gestores das suas ações (GAVALOTE et al., 2016).

Na percepção dos entrevistados (Eixo 4), há necessidade de avançar na testagem, aumentando sua frequência e quantitativo de exames nos territórios, visto que os insumos têm sido disponibilizados sem restrições a todos os serviços de saúde, e podem ser utilizados tanto para o rastreio de pessoas assintomáticas, como para a investigação de pessoas sintomáticas (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

A presunção de memória imunológica foi considerada um problema no monitoramento do tratamento da gestante com sífilis e sua parceria (Eixo 5).

Embora já tenha havido um posicionamento das Gerências de Atenção à Saúde (GAS) e Vigilância (GVS), por meio de uma nota técnica conjunta, no tocante à não presunção de memória imunológica, sem que haja registros em prontuário de tratamentos adequados (VITÓRIA, 2019), a percepção dos profissionais é a de que ela ainda é uma dificuldade que precisa ser superada.

A dificuldade de estabelecer parcerias no território para a realização de ações preventivas (Eixo 7) se relaciona com a desvinculação ou afastamento do contexto ideal da equipe de saúde da Atenção Básica. Estabelecer parcerias implica vínculo, resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (SILVA; RODRIGUES, 2018). Medidas profiláticas de caráter educativo/informativo têm sido enfatizadas para reduzir os casos de sífilis no Brasil, como a organização de “Dias D”, distribuição de folderes/panfletos, propagandas veiculadas em rádios e programas de televisão estimulando o uso de preservativos (PINTO et al., 2021).

Os tabus que dificultam a abordagem do tema da sífilis/IST foram enfatizados como dificuldades no Eixo 7. Estudo sugeriu aprimoramento dos profissionais, incorporação de ações intersetoriais e ações que promovam a percepção de risco para as IST (PEREIRA JÚNIOR; RUAS, 2019). As dificuldades de governabilidade exclusiva da gestão foram a insuficiência de recursos humanos em relação à demanda de trabalho, com menção à rotatividade de profissionais de saúde (Eixos 1 e 6), à sobrecarga de profissionais (Eixo 2) e à necessidade de manter as equipes completas (Eixo 6). Estudo aponta que esse cenário pode ocorrer em função de um mercado de trabalho mais concorrido (COSTA et al., 2014).

A defasagem de pediatras dificulta o adequado atendimento dos recém-nascidos com sífilis congênita, muito embora tenha sido citada, em diversas entrevistas, a colaboração de instituições de ensino que, por meio disponibilizam profissionais pediatras para as unidades, em alguns dias e horários da semana. No entanto, os profissionais acreditam que o ideal seria ter o pediatra vinculado à unidade todos os dias da semana. Autores sustentam que o processo de contratualização possui complexidade e exige reestruturação organizacional interna, para não se tornar apenas um instrumento de cumprimento de metas e perder o caráter de possibilitar a transformação de realidades (SAPATINI et al., 2016).

Dentre as facilidades percebidas pelos profissionais e gestores a disponibilidade de teste rápido, a disponibilidade de insumos de prevenção, o

Sistema Informatizado de Gestão Rede Bem Estar (SGIRBE), a atuação dos ACS, a agenda disponível para a realização do monitoramento pós tratamento, dentre outros, reafirmaram as potencialidades da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Vitória com a busca de estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania (SOUSA et al., 2019).

Há falta de treinamento dos profissionais recém-admitidos no que diz respeito às e municipais, padronizando a forma de prestação da assistência, além de fomentar a funcionalidades do sistema de informação Rede Bem-Estar, aos registros, incluindo as notificações compulsórias e o manejo das principais doenças. Programas de treinamentos admissionais podem minimizar riscos, facilitar a adaptação aos programas, protocolos institucionais, fluxos ministeriais análise crítica do contexto dos territórios relacionados quanto aos seus aspectos socioeconômicos, demográficos, sanitários e ambientais, e desenvolver as competências necessárias para a melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente (BARBOSA et al., 2019).

Outra dificuldade foi a desvalorização dos profissionais de saúde (Eixo 2). Estudo transversal com 317 profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família, ocupando funções de cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos em 13 municípios do norte de Minas Gerais, identificou que 67,4% possuíam vínculo por contrato administrativo, 90,8% não possuíam plano de carreira, 61,1% não recebiam incentivos financeiros e 57,8% não participavam de educação permanente, detectando a existência de desafios quanto à precarização do trabalho, fato que contribuiu para a rotatividade dos profissionais (GONÇALVES et al., 2020).

Medo, resistência e tabus da população em relação ao tratamento foram dificuldades relacionadas (Eixo 3), bem como a realização do tratamento e monitoramento do parceiro e a não adesão ao tratamento por parte das gestantes e parceiros (Eixo 5). Estudo de revisão apontou, dentre as dificuldades para a adesão ao tratamento: falta de informação, diagnóstico não realizado precocemente, dificuldades com a identificação e avaliação dos contatos, deficiência da vigilância epidemiológica e ausência de estratégias e ações de adesão dos parceiros ao tratamento, visão reducionista relativa à saúde do homem, incompatibilidade de horário dos serviços de saúde à sua jornada de trabalho, além de não se reconhecerem como público desses, visto que historicamente foram voltados

preferencialmente ao cuidado materno infantil. Outras dificuldades se relacionam à não conscientização e banalização das práticas sexuais seguras, durante e após o tratamento, levando a um aumento de casos de transmissão/reinfecção, e que podem estar associadas à baixa escolaridade, uso de álcool e drogas e, muitas vezes, pelo contexto de vida, não confiam na relação ou sugestões de profissionais de saúde (SCUSSEL; MACHADO, 2017; BRASIL, 2008).

Embora desde 2008 o Brasil tenha implantado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019), e o conhecimento sobre a maior vulnerabilidade e as altas taxas de morbimortalidade do homem, há de se considerar algumas particularidades relativas a esses usuários. Culturalmente, o homem tem uma falta de visão preventiva em relação à sua saúde, características como impaciência e vergonha de se expor quando há demora no seu atendimento também são observados, assim como questões de gênero, a não percepção de sua vulnerabilidade e risco, déficit de conhecimento com relação aos aspectos de sua saúde, doença e prevenção. Além disso, há falta de tempo justificada pelo regime de trabalho (ROCHA et al., 2019). Destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde considerarem aspectos culturais que possam influenciar as reações dos parceiros, a sua inclusão no atendimento pré-natal, a escuta qualificada, possibilitando a testagem de ambos, diagnóstico precoce e fornecimento de materiais educacionais, não transferirem a responsabilidade de notificar os parceiros às mulheres, mas oferecer orientação adequada e apoio emocional suficiente para ajudá-las (BRASIL, 2008).

A falha em acompanhar devidamente as crianças com sífilis congênita foi percebida como uma dificuldade (Eixo 8), principalmente pela falta de devolutiva dos serviços de referência e dificuldade das mães/responsáveis no entendimento de que, independente de as crianças comparecerem aos serviços especializados, precisam trazer seus bebês para puericultura. A efetiva referência e contrarreferência em saúde, quando um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo, demanda estratégias de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, favorecendo a assistência ao usuário com base em seu histórico de saúde e tratamentos realizados (ENGSTROM et al., 2019).

A dificuldade de busca ativa das pessoas em situação de rua pelas equipes do Consultório na Rua e, particularmente, a abordagem à população de rua (Eixos 1 e 2), assim como o monitoramento da população vulnerável e o monitoramento da população prisional, foram dificuldades enfatizadas no Eixo 5. Estudo qualitativo abordou o manejo das condições agudas e infecciosas nas pessoas em situação de rua, dada a ameaça iminente à vida, que requer estratégias de diagnóstico rápido, na lógica point-of-care, como testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatites e teste de gravidez (BRASIL, 2019).

É desafiador o cuidado de gestantes que necessitam acompanhamento pré-natal, e parceiros, dentre outras pessoas em situação de rua, pois são populações flutuantes, temporárias e muitas vezes resistentes. Equipes de Consultório na Rua no Rio de Janeiro se utilizavam de uma estratégia simples como a oferta de um cartão, em papel, com número de telefone, caso o usuário necessitasse contato em situação de emergência clínica ou fosse abordado para recolhimento das ruas por outros setores do poder público, facilitando o encontro dos usuários com as equipes do Consultório na Rua (BRASIL, 2019).

Finalmente, a desatualização do cadastro e telefones de contato foi uma dificuldade citada por muitos participantes, muito embora seja uma recomendação do Ministério da Saúde a atualização cadastral como um meio de subsidiar o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos (SOUSA et al., 2019). Outra limitação foi a ocorrência da pandemia de Covid-19, que levou ao trabalho em home office, o que trouxe algumas dificuldades para a realização das entrevistas inicialmente previstas para os locais de trabalho dos profissionais de saúde.

As contribuições enfatizadas pelos participantes, que singularizam avanços no enfrentamento de sífilis, em Vitória, dizem respeito: à existência e atuação de um grupo condutor (gestor) das ações de enfrentamento (GT de Sífilis); ao compartilhamento de informações entre referências técnicas e as unidades de saúde por meio de aplicativo de mensagens; e à atuação das referências da sífilis em nível local como articuladoras das informações e monitoramento local, junto às equipes. Essas equipes configuram-se potencialidades do trabalho em saúde, expressas no vínculo trabalhador-usuário, gestão compartilhada e controle de metas e resultados (GAVALOTE, 2016).

Consideraram-se como outras contribuições das ações do plano de enfrentamento no campo da detecção, tratamento e monitoramento da sífilis: a garantia de consultas e testes no acompanhamento pré-natal; a informação dos resultados do VDRL pelo laboratório próprio por listagem específica mensal para cada unidade de saúde; a contribuição do plano para a diminuição da disseminação da doença; a intensificação da notificação dos casos; a ajuda dos protocolos clínicos; evitar a transmissão da doença na gestação; evitar que a criança nasça com problemas; evitar a internação do bebê; evitar complicações para a criança no futuro; conseguir reduzir os índices da sífilis; conseguir tratar, monitorar e diminuir a disseminação da sífilis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate efetivo à sífilis é fruto da interação entre assistência, vigilância e serviços de apoio em nível municipal. Além disto, o aumento do número de unidades de cuidados de saúde primários e a expansão da ESF (Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, 2013), são também indispensáveis no contexto brasileiro.

Destacam-se como sugestões para a superação de dificuldades: a implementação de estratégias e ações que busquem a adesão dos parceiros ao tratamento e parcerias com as instituições de ensino para o desenvolvimento de projetos de extensão e projetos de pesquisa de intervenção com esse objeto.

Dentre as estratégias e ações, a organização e acolhimento com instauração de vínculo terapêutico, criação de espaços ao homem na APS, comunicação do diagnóstico, agilidade no atendimento, sigilo e privacidade, busca de interação com o homem/ações educativas incluindo outros serviços da rede de saúde; a realização de ações conjuntas (gestão/profissionais) para a atualização contínua dos cadastros das gestantes/parceiros é essencial para o sistema de vigilância epidemiológica.

A utilização da potência do sistema de informação Rede Bem-Estar para contribuir no aprimoramento do monitoramento dos casos e a pactuação de metas de monitoramento.

Quanto aos casos de sífilis congênita atendidos em hospitais, sugere-se que os serviços de referência (hospitais/ambulatorios especializados) sejam notificados sobre a necessidade da informação do acompanhamento dos casos,

tanto ao Programa de Saúde da Criança, quanto à unidade de saúde do território de residência da criança e que tais notificações sejam estabelecidas de maneira sistemática como rotina dos serviços hospitalares.

O combate à sífilis segue como um grande desafio às políticas de saúde pública nacionais e internacionais. Países de média e baixa renda (Lower Middle Income Countries – LMICs) são duplamente desafiados, pelo aspecto clínico e socioeconômico. O município de Vitória é um caso de sucesso parcial no combate à sífilis e oferece ações de gestão e política de saúde que podem servir como inspiração para outros municípios, sendo adaptadas à realidade e sistemas de saúde. Enquanto que os resultados obtidos são locais, estes podem indicar caminhos de gestão que possibilitem o enfrentamento da Sífilis no contexto urbano brasileiro e também contribuir para o debate internacional sobre políticas públicas neste tema.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Sau. & Transf. Soc.* Florianópolis. v.10, n.1/2/3, 54-63, 2019.

ARRUDA, D. O.; SILVA, M. B. O.; MARIANI, M. A. P. Análise da Imagem do Destino Turístico Rio de Janeiro, com base em comentários publicados no TripAdvisor. *Revista de Administração Unimep*, v. 18, n. 2, p. 123-144, 2020.

BARBOSA, L. G. et al. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*, v. 27, n. 03, p. 287-294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900030084>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes. Brasília, novembro de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Notícias. **Profissionais de saúde, vamos cadastrar a população?** Data da publicação 21 de outubro de 2019. Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5994>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, Número Especial/Out. 2021. Ano V, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CHIANCA, Thomaz Kauark. SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Saúde debate [Internet]**. v. 41, p. 400-404, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103->

11042017s29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500400&lng=en. Acesso em: 16 fev. 2021.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p.

COSTA, S. V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 19; n. 8, p.3593-604, 2014.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. spe1, e2020549, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100002.esp1>. Acesso em: 22 ago. 2021.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 1, p. 1-31, 1980b.

ENGSTROM, E. M. et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate** [online], v. 43, n. spe7, p. 50-61, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>. Acesso em: 22 nov. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar** (SGIRBE). Vitória (ES): SEMUS, 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun. 2020.

GAVALOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A. L.; GARCIA, A. C. G.; ANDRADE, M. A. C. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

SILVA, P. G. ET AL. . Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* v. 10; n. 1; p. 38-46. 2020. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/322/sifilis-adquirida-dificuldades-para-adesao-ao-tratamento/>. Acesso em: 21 nov. 2021.

LICENÇA PÚBLICA GERAL GNU. Versão lançada em 09 de julho de 2007. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/GNU_General_Public_License. Acesso em: 23 abr. 2021.

ROCHA, M. L. DA. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, v. 37, n. 2, 18 dez. 2006.

MEDINA, M. G.; ABDON, C.; AQUINO, R. Conceitos básicos em avaliação de intervenções de saúde. In: Medina, M.G.; Aquino, R. *Avaliação em saúde: elementos teóricos e recomendações para a elaboração de projetos*. Salvador: EDUFBA, 2021.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

OZELAME, J. E. E. P.; FROTA, O. P.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; TESTON, E. F. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v. 28; n. e50487; p.1. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50487>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PEREIRA JÚNIOR, E. A.; RUAS, C. M. Retenção de profissionais em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Adm. Saúde** (On-line), São Paulo, v. 19, n. 75: e165, abr. – jun. 2019. Disponível em: <http://>

dx.doi.org/10.23973/ras.75.165. Acesso em: 23 abr. 2021.

PINTO, I. S.; OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; PINTO, F. S.; NOBRE, T. C. N. Práticas de saúde na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, e306101018755, 2021 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18755>. Acesso em: 23 abr. 2021.

ROCHA, A., ARAÚJO, M., MIRANDA, A. E., DE LEON, R., DA SILVA JUNIOR, G. B., & VASCONCELOS, L. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study. *BMC health services research*, v. 19, n.1, 65. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3910-y>. Acesso em: 23 abr. 2021.

SAPATINI, T. F.; GASPARINO, R. C.; POLLI, L.; OLIVEIRA, A. S. Avaliação de um programa admissional para a equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. v. 20, n. 3, p. e20160065, 2016.

SCUSSEL, M. R. R.; MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 5, n. 2, p. 235-244, 2017.

SILVA, G. C. B.; RODRIGUES, F. F. **Fisiopatologia da sífilis congênita**. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, Ano 03, Ed. 10, v. 04, p. 122-136, out. 2018.

SILVA, L. C. S. et al. Inconformidades nos registros em prontuários: opinião dos trabalhadores de saúde. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, e294101220587, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20587>. Acesso em: 23 abr. 2021.

SILVA, M. B. O.; ARRUDA, D. O.; MARIANI, M. A. P. (2021). Boca a boca online no turismo: análise netnográfica de avaliações no setor hoteleiro. *Observatório de Inovação do Turismo – Revista Acadêmica*, v. 15, n. 1, 58-80.

SOUSA, M. F. de et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate [online]*, v. 43, n. spe5, p. 82-93, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>. Acesso em: 25 set. 2023.

SPITERI, G.; UNEMO, M.; MÅRDH, O.; AMATO-GAUCI, A. J. The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe. *Epidemiology and Infection*, v.147, n. e143, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0950268819000281>. Acesso em: 25 set. 2023.

TANAKA, L. H.; SANTANA, C., L. A. de. Grupo Focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em Saúde. In: **Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas**. Organizadores Toledo, Renata Ferraz de (et al. ...) - São Paulo: Instituto de Saúde. 2018. 568p.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. *Decreto Municipal nº 17.551*. Institui o Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Vírais, Toxoplasmose e Zika do município de Vitória e dá outras providências. Palácio Jerônimo Monteiro, em 29 de outubro de 2018.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de Informação em Saúde. **Análise Situacional de Saúde no município de Vitória – Sífilis**. Vitória (ES). Agosto, 2019.

CAPÍTULO 6

MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS

O modelo de avaliação do enfrentamento da sífilis foi construído tomando por base o Plano de Enfrentamento Vitória contra a sífilis. Para a avaliação foram incluídos indicadores quantitativos e qualitativos tendo por referência as diretrizes nacionais e internacionais de controle da sífilis. Desta forma, é um modelo genérico, aplicável a outros municípios no Brasil e no mundo.

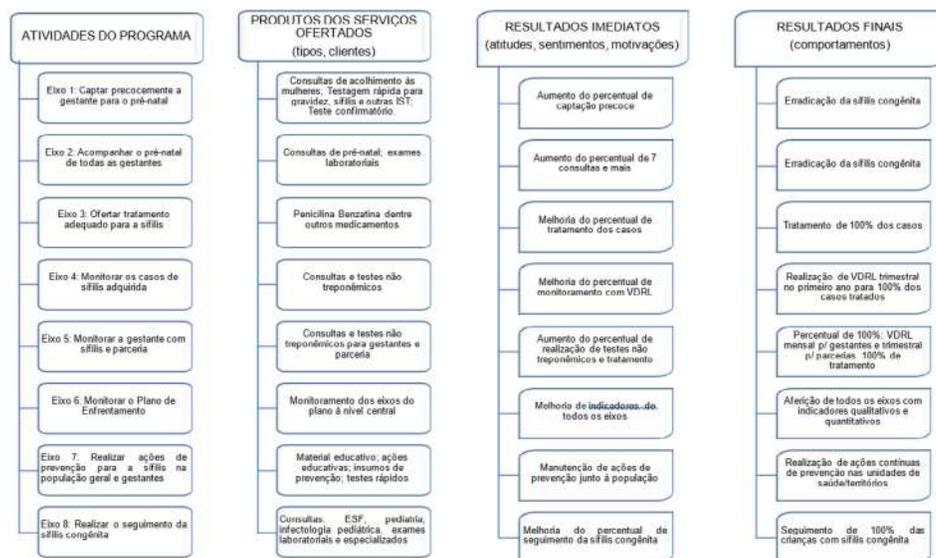
O modelo lógico de avaliação do enfrentamento da sífilis é uma representação esquemática que expõe como os componentes se articulam, por meio de atividades desenvolvidas e produtos e recursos disponíveis, para o alcance dos resultados esperados.

O modelo lógico de avaliação do enfrentamento da sífilis foi baseado no Plano de Enfrentamento “Vitória Contra a Sífilis”, que é composto por oito eixos: captação precoce da gestante com sífilis; acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; ofertar tratamento adequado para a sífilis; monitoramento dos casos de sífilis adquirida; monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; monitoramento do plano; realização de ações de prevenção para a sífilis (população geral e gestantes; e, seguimento da sífilis congênita, conforme descrito a seguir (VITÓRIA, 2016).

Os eixos do plano foram considerados como as atividades do programa; os produtos e serviços ofertados aos clientes alvos dessas atividades foram descritos em seguida; os resultados imediatos do programa, apontando melhorias de indicadores (que seriam resultados decorrentes de atitudes, sentimentos e motivações); e, por último, os resultados finais, que decorreriam de mudanças de comportamentos, e o alcance de um total controle sobre a doença.

Ressalta-se que todos os eixos do plano encontram-se embasados no Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis (VITÓRIA, 2016), mas suas atualizações são embasadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Figura 1. Modelo Lógico de avaliação do Plano de Enfrentamento de Sífilis.



Fonte: Própria, inspirado no esquema proposto por Wong-Rieger; David (1995).

As ações do Programa de Enfrentamento da Sífilis vigente em Vitória dizem respeito ao enfrentamento da sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestantes. Sendo a qualidade do pré-natal essencial ao enfrentamento da sífilis em gestantes, seus parceiros e da sífilis congênita.

Foram calculados indicadores, razões ou proporções entre variáveis e critérios. Os padrões são medidas quantitativas ou características qualitativas daquilo que é considerado de boa qualidade.

A articulação de diversos profissionais lotados em setores do nível central e local do sistema municipal de saúde, garantiu o cotidiano das ações de enfrentamento da sífilis. Pretende-se apresentar a percepção dos gestores e profissionais de saúde envolvidas nos processos de enfrentamento da sífilis no município de Vitória.

Este modelo não aborda um detalhamento da estrutura, bem como não houve a intenção de avaliá-la. Este modelo se debruçou nos processos e resultados observados a partir da execução do Plano de Enfrentamento “Vitória Contra a Sífilis”.

Para a atividade “captar precocemente a gestante para o pré-natal”, os produtos dos serviços ofertados são as consultas de acolhimento às mulheres; testagem rápida para gravidez, sífilis e outras IST; e teste confirmatório. Como resultado imediato, o aumento do percentual de captação precoce. Como resultado final, a erradicação da sífilis congênita.

Para a atividade “acompanhar o pré-natal de todas as gestantes”, os produtos dos serviços ofertados são as consultas de pré-natal e exames laboratoriais. Como resultado intermediário, o aumento do percentual de 7 consultas e mais. Como resultado final, a erradicação da sífilis congênita.

Para a atividade “ofertar tratamento adequado para a sífilis”, os produtos dos serviços ofertados são os tratamentos com penicilina benzatina, dentre outros medicamentos. Como resultado imediato, a melhoria do percentual de tratamento dos casos. Como resultado final, o tratamento de 100% dos casos.

Para a atividade ‘monitorar os casos de sífilis adquirida’, os produtos dos serviços ofertados são as consultas e testes não treponêmicos. Como resultado imediato, a melhoria do percentual de monitoramento com VDRL. Como resultado final, a realização de VDRL trimestral no primeiro ano para 100% dos casos tratados.

Para a atividade “monitorar a gestante com sífilis e parceria”, os produtos dos serviços ofertados são as consultas e testes não treponêmicos para gestantes e parceria. Aumento do percentual de realização de testes não treponêmicos e tratamento. Percentual de 100%: VDRL mensal p/ gestantes e trimestral p/ parcerias 100% de tratamento.

Para a atividade “monitorar o Plano de Enfrentamento” o produto dos serviços ofertados é o monitoramento dos eixos do plano à nível central. Como resultado intermediário, a melhoria de indicadores de todos os eixos. Como resultado final, a aferição de todos os eixos com indicadores qualitativos e quantitativos.

Para a atividade ‘realizar ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes’ os produtos dos serviços ofertados são as entregas de materiais educativos, ações educativas, insumos de prevenção e testes rápidos. Como resultado imediato, a manutenção de ações de prevenção junto à população. Como resultado final, a realização de ações contínuas de prevenção nas unidades de saúde e territórios.

Para a atividade “realizar o seguimento da sífilis congênita”, os produtos dos serviços ofertados são as consultas pela ESF, pediatria, infectologia pediátrica e exames laboratoriais e especializados. Como resultado imediato, a melhoria do percentual de seguimento da sífilis congênita. Como resultado final, o seguimento de 100% das crianças com sífilis congênita.

O modelo lógico de avaliação do enfrentamento da sífilis é um produto de conteúdo e design original, elaborado pela autora deste estudo, que se inspirou no esquema proposto por Wong-Rieger; David (1995).

O modelo lógico de avaliação para a gestão propõe uma abordagem quali-quantitativa. A utilização da abordagem quantitativa em estudos avaliativos possibilita uma aproximação inicial com o objeto de avaliação. Enquanto a qualitativa permite aprofundar os significados acerca das experiências dos participantes, buscando apreender suas percepções acerca das facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento (TANAKA; MELO, 2004).

A abordagem quantitativa deve ser realizada pela extração de informações dos sistemas de informação em saúde (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC e Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), que fundamentam a compreensão em torno dos resultados quantitativos obtidos pelas ações do plano de enfrentamento da sífilis no período a ser estudado no município de Vitória (ES).

A partir da análise das ações dos oito eixos do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis, serão encontrados os resultados para a gestão, com vistas a contribuir para a melhoria do objeto avaliado, à saber o enfrentamento da sífilis.

Devem ser utilizados indicadores quantitativos para a análise dos eixos 1, 2, 3, 4, 5 e 8.

| EIXOS DO PLANO | INDICADORES |
|--|---|
| Eixo 1 - Captar precocemente a gestante para o pré-natal | Percentual de captação precoce. Para os anos 2016 e 2017, os dados foram coletados do sistema SisPreNatal; para os anos 2017 e 2018, do Sistema Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE). |
| Eixo 2: Acompanhar o pré-natal de todas as gestantes | Indicador número de consultas de pré-natal. Foi calculado a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de base federal, para o período 2016 a 2017, e de base municipal, para o período 2018 a 2019. |
| Eixo 3: Ofertar tratamento adequado para a sífilis | indicador percentual de tratamento realizado com Penicilina Benzatina ou outro medicamento, expresso na notificação de sífilis adquirida do SINAN, a cada ano, com verificação do tratamento em prontuário vinculado ao SGIRBE. |
| Eixo 4: Monitorar os casos de sífilis adquirida | Percentual de realização de teste não treponêmico, dentre os casos notificados de sífilis adquirida ao longo do quadriênio 2016 a 2019. |
| Eixo 5: Monitorar a gestante com sífilis e parceria | Percentual de teste treponêmico, o percentual de teste não treponêmico e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina. Percentual de realização de tratamento concomitante do parceiro e a soma do percentual de tratamento dos parceiros com 7.200.000 UI e 2.400.000UI de Penicilina Benzatina, expressos nas notificações de sífilis em gestante no quadriênio 2016 a 2019. |
| Eixo 8: Realizar o seguimento da sífilis congênita | Registro no prontuário eletrônico do diagnóstico de sífilis congênita, acompanhado de resultado(s) de exame VDRL de controle, encaminhamento ao pediatra ou ao ambulatório de infecto-pediatria dos diversos hospitais de referência como o Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), Ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Ambulatório de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Vitória ou qualquer outro serviço de saúde público ou privado, além de registro de outros exames que compõem o protocolo de seguimento do RN com sífilis congênita. |

Fonte: A Autora, 2021.

A abordagem qualitativa pode ocorrer por meio da análise documental, com coleta de dados em documentos oficiais (planos municipais de ação, relatórios de gestão e de serviços) e acesso ao prontuário eletrônico da Rede Bem-Estar. Recomenda-se utilizar no estudo documentos oficiais (portarias, decretos e leis), dos níveis federais, estaduais e municipais, assim como atas do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica (COPEMI-TV).

Ainda na abordagem qualitativa recomenda-se investigar a percepção dos diversos atores (profissionais de saúde e gestores) que atuam no enfrentamento da

sífilis no município, tanto na assistência, como na vigilância e na gestão do plano de enfrentamento da sífilis.

A avaliação qualitativa tem o objetivo de compreender a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, as referências da sífilis nas unidades de saúde, os membros do COPEMI e do GT de Sífilis (gestores), acerca das facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada um dos 8 eixos do plano de enfrentamento da sífilis na rede de saúde do município de Vitória (ES).

Sugere-se que as entrevistas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e referências da sífilis nas Unidades de Saúde) sejam agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos e ocorram em seus respectivos locais de trabalho, em sala reservada. Para todos os grupos e entrevistas semiestruturadas, sugere-se realizar três perguntas avaliativas correspondentes a cada um dos oito eixos do plano. A primeira pergunta sendo: “Na sua percepção, quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo X?”; a segunda: “Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo X?”; a terceira: “Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo X, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?”

Recomenda-se que as entrevistas dos grupos e profissionais de saúde/gestores sejam conduzidas com o auxílio de um roteiro, o qual funciona como um guia norteador para atender aos objetivos da pesquisa, valorizando a presença do pesquisador e proporcionando, da mesma forma, condições para que se capture comportamentos espontâneos dos entrevistados. Sugere-se que todas as entrevistas sejam gravadas e transcritas literalmente.

Indica-se o uso de um software para a análise dos dados qualitativos a fim de auxiliar e complementar a análise qualitativa do conteúdo. Os resultados devem passar por avaliação e interpretação minuciosa dos pesquisadores, sendo considerados inclusive se existem dados que não foram apresentados pelos processamentos originados por meio de tecnologia.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Foi realizado um relatório da avaliação para o Gabinete da Secretária Municipal de Saúde de Vitória. Nele foi incluída uma introdução, uma síntese sobre o método da pesquisa, os principais resultados e as conclusões e recomendações para o aprimoramento do enfrentamento da sífilis em Vitória (ES). Bem como foi encaminhada a proposta do modelo lógico de avaliação do plano de enfrentamento da sífilis para aplicação nos próximos quadriênios.

Os resultados serão divulgados através da publicação dos artigos em revistas científicas nacionais ou internacionais devidamente indexadas ou capítulos de livros, além de apresentação de trabalhos em eventos científicos nacionais e internacionais.

Foi elaborada uma nota para a imprensa, a partir da construção do relatório final da tese (incluída ao final desta obra).

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. B.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. **Ciênc Saúde Coletiva [Internet]**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 2051-62, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>. Acesso em: 29 out. 2020.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.
- AGYEPONG, I. A.; ADJEI S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 23, p. 150-160, 2008.
- ALBUQUERQUE, G. A. et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery [online]**, v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>. Acesso em: 22 nov. 2021.
- ALMEIDA, K. T.; SANTOS, A. N.; COSTA, A. K. A. N.; SANTOS, M. R.; MENEZES, A. M. F.; ALVES, K. A. N. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma microrregião no interior do estado da Bahia (2007-2017). **Enfermería Global**. [s. l.], n. 56, p. 209-2019, 2019.
- ALMEIDA, V. C.; DONALISIO, M. R.; CORDEIRO, R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 64, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100247&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2018.
- AMSALU, A.; FEREDÉ, G.; ASSEGU, D. High seroprevalence of syphilis infection among pregnant women in Yeregalem hospital southern Ethiopia. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, p. 109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-2998-8>. Acesso em: 12 nov. 2018.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva: Subvencionado pelos editais CNPq-Universal 2012 e FUNCAP-PPSUS III- 2013. **Saúde e Sociedade [online]**.v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ANDRADE, L. S.; FRNCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis. v.10, n.1/2/3, p. 54-63, 2019.

ANUNSITTICHAJ, O.; PONGPIRUL, K.; PUTHANAKIT, T.; KORANIT ROOWICHA, K; KAEWPRASERT, J.; SONGTAWEEESIN, W. N.; CHAITHONGWONGWATTANA, S. Husband's willingness-to-pay for HIV and syphilis screening at antenatal care clinic under the Thai universal coverage scheme. **BMC Public Health**, 20, 480, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08613-9>. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08613-9>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ARAÚJO, M. A. L.; ESTEVES, A. B. B.; ROCHA, A. F. B.; JUNIOR, G. B. da S.; MIRANDA, A. E. Factors associated with prematurity in reported cases of congenital syphilis. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 55, p. 28, 2021. DOI: [10.11606/s1518-8787.2021055002400](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002400).

ARAUJO, M. A. L. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: abordagem às pessoas com vida sexual ativa. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, [s. l.], v. 30, n. spe 1, p. e2020628, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100003.esp1>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ARAUJO, R. S.; SOUZA, A. S. S.; BRAGA, J. U. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013-2017? **Rev Saude Publica**, [s. l.], v. 54, p. 109, 2020.

ARORA, N.; SADOVSKY, Y.; DERMODY, T. S.; COYNE, C. B. Microbial vertical transmission during human pregnancy. **Cell Host Microbe.**, v. 21, n. 5, p. 561–567, 2017.

ARORA, N.; SCHUENEMANN, V. J.; JÄGER, G.; PELTZER, A.; SEITZER, A.; HERBIG, A. et al. Origin of modern syphilis and emergence of a pandemic *Treponema pallidum* cluster. **Nature Microbiology**, v. 2, p. 16245, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1038/nmicrobiol.2016.245>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nmicrobiol2016245>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BARBOSA, L. G. et al. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 27, n. 03, p. 287-294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900030084>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BARCELOS, M. R. B. et al. Sífilis congênita: análise epidemiológica e evento sentinela da qualidade da assistência ao binômio mãe/recém-nascido. **J. Hum. Growth Dev.**, Santo André, v. 32, n. 1, p. 165-175, abr. 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822022000100018&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 08 ago. 2023.

BARCELOS, M. R. B. et al. Avaliação das ações de enfrentamento da sífilis adquirida no período de 2016 a 2019, numa capital do sudeste brasileiro. **J.Hum. Growth Dev.** Santo André, v. 32, n. 2, p. 258-267.

BARCELOS, M. R. B. et al. Sífilis gestacional: análise dos casos e ações de enfrentamento de 2016-2019 em Vitória (ES). In: ANDRADE, M. A. C. et al. (org.). *Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: da política à ação*. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, Rio de Janeiro: AREA27, 2022. 420 p.

BARCELOS, M. R. B. *et al.* O enfrentamento da sífilis em Vitória (ES) 2016-2019: avaliação

qualitativa para a gestão pública. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, e399111133646, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33646>

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, R dos S. *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017. 280 p.

BECKER, M.; MISHRA, S.; ARAL, S.; BHATTACHARJEE, P.; ROB LORWAY, R.; GREEN, K.; ANTHONY, J.; ISAC, S.; EMMANUEL, F.; MUSYOKI, H.; LAZARUS, L.; THOMPSON, L. H.; CHEUK, E.; JAMES F. BLANCHARD, J. F. The contributions and future direction of Program Science in HIV/STI prevention. *Emerg Themes Epidemiol*, [s. l.], v. 15, n. 7, 2018. DOI: 10.1186/s12982-018-0076-8.

BECKER, M.; HAWORTH-BROCKMAN, M.; KEYNAN, Y. The value of program science to optimize knowledge brokering on infectious diseases for public health. *BMC Public Health*, v. 18, n. 567, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5493-7>.

BENNANI, A. et al. The prevalence and incidence of active syphilis in women in Morocco, 1995-2016: Model-based estimation and implications for STI surveillance. *PLoS One*, v. 12, n. 8, p. e0181498, 2017. DOI:10.1371/journal.pone.0181498. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181498>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BENZAKEN, A. S.; SABIDÓ, M.; BRITO, I.; BERMÚDEZ, X. P. D.; BENZAKEN, N. S.; GALBAN, E.; PEELIG, R. W.; MABEY, D. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. *International Journal for Equity in Health*, v. 16, n. 1, p. 1, 2017.

BERTUSSO, T. C. G. *et al.* Características de Gestantes com Sífilis em um hospital universitário do Paraná. *R. Saúde Publ.*, v. 1, n. 2, p. 129-140, 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/59>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BOF, S. M. S. **Preceptoria em medicina de família e comunidade na atenção primária à saúde em Vitória – ES**. 2019. 99f. Dissertação. (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro.

BOFFIN, N.; MOREELS, S.; DEBLONDE, J.; CASTEREN, V. V. Four sexually transmitted infections (STIs) in Belgian general practice: first results (2013–2014) of a nationwide continuing surveillance study. *BMJ Open*, v. 7, p. e012118, 2017. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012118.

BORGES, C. R. et al. Neurosyphilis and ocular syphilis clinical and cerebrospinal fluid characteristics: a case series. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 76, n. 6, p. 373-380, June 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2018000600373&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20180054>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Lei no. 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília- DF. **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Lei no. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília- DF. **Diário Oficial da União**, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis/**

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. Situação epidemiológica da sífilis no Brasil 1998-2012. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, v. 1, n. 1, p. 3-12, 2012. Disponível em: http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cobertura de consultas de pré-natal.** Brasília. 2012]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/f-6/>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: n° 32. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa** n. 2 – SEI/2017, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Bol. Epidemiol. Sífilis**, v. 5, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde. 2020. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). **Sífilis em gestante.** 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 2.472, de 31 de Agosto de 2010.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes. Brasília, novembro de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 22 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Notícias. **Profissionais de saúde, vamos cadastrar a população?** Data da publicação 21 de outubro de 2019. Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5994>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, Número Especial/Out. 2021. Ano V, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa** n. 2 – SEI/2017, 2017.

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. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, Número Especial/Out. 2020. Ano Vi, n. 01. NÚMERO ESPECIAL Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 22.ed, 2011. 292p.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMPOS, E. R.; MOREIRA-FILHO, D. de C.; SILVA, M. T. N. daImproving patient care trajectories: an innovative quasi-experimental research method for health services. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 5, p. 1459-1470, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.08612016>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CANELLA, P. Possível evolução das DST- Uma história incompleta. In: PASSOS, Mauro Romero Leal. **Deessetologia**, DST 5. 5. ed. – Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. 104p., il. ISBN 85-7006-360-1.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi:10.1590/1413-81232018232.01772016. Acesso em: 20 jun. 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAÚJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A.; MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; ANDRADE, R. F. V.; SARACENI, V.; MIRANDA, A. E.; DOURADO, M. I. C. Underreporting of Congenital Syphilis as a Cause of Fetal and Infant Deaths in Northeastern Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 12, p. e0167255, 2016. Disponível em: doi:10.1371/journal.pone.0167255. Acesso em: 12 nov. 2018.

CARVALHO, A. L. B. de; SOUZA, M. de F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva [Internet]**. v. 17, n.4, p. 901-911, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en. Acesso em: 7 set. 2020.

CERQUEIRA, L. R. P. et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. **Revista do Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 59, e78, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652017005000246&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2019.

CESAR, J. A.; CAMMERINI A. V.; PAULITSCH, R. G.; TERIAN, R. J. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200012, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200012>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CHEMTOB, D.; GANDACU, D.; MOR, Z.; GROTTTO, I.; ANIS, E.; ROSENBERG, E. A national strategic plan for reducing the burden of sexually transmitted infections in Israel by the year 2025". **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 6, p. 23. 19 Apr. 2017. DOI:10.1186/s13584-017-0141-8. Disponível em: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-017-0141-8>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CHEN, Y-F.; DING, J-P.; YAN, H-J.; LU, J.; DING, P.; CHEN, G-H. et al. The current status of syphilis prevention and control in Jiangsu province, China: A cross-sectional study. **PLoS ONE** v. 12, n. 8, p. e0183409, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183409>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28837587/>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CHENG, W.; WANG, C.; TANG, W. *et al.* Promovendo exames de rotina para sífilis entre homens que fazem sexo com homens na China: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado de autoteste de sífilis e incentivo de loteria. **BMC Infect Dis**. v. 20, n. 455, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05188-z>.

CHIANCA, T. K.; SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Saúde debate** [Internet]. v. 41, p. 400-404, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s29>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500400&lng=en. Acesso em: 16 fev. 2021.

CHIMUNGU, B. *et al.* Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis entre estrangeiros que vivem em Guangzhou, China: um estudo transversal (2010–2017). **BMC Infect Dis**, v. 20, n. 345. p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-04995-8>.

CHRISTOFF, P. C.; Running PDSA cycles. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, [s. l.], v. 48, p.198-201, 2018.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ. 2002.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (org.). **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p. (Série – Formação para Atenção Básica).

CONTANDRIOPOULOS, A.. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pág. 705-711, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2021.

COOPER, J. M. *et al.* Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários! **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n. 3, p. 251-3, 2016.

COSTA, S. V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 19, n.8, p.3593-604, 2014.

COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. WORLD HEALTH ORGANIZATION (CIOMS). **International ethical guidelines for health-related research involving humans**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CRUDO, F. *et al.* How to implement the framework for the elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, hepatitis B and Chagas (EMTCT Plus) in a disperse rural population from the Gran Chaco region: A tailor-made program focused on pregnant women. **PLoS Negl Trop Dis**, [s. l.], v. 14, n.5, p. e0008078, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008078>.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, Mar. 2015a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2019.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 128-139, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400128&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2019.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 283-297, dez. 2015b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500283&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2019.

D’COSTA, B.; LOBO, R.; THOMAS, J. A.; WARD, J. S. Evaluation of the Young Deadly Free Peer Education Training Program: Early Results, Methodological Challenges, and Learnings for Future Evaluations. *Front. Public Health*. [s. l.], v. 7, n. 74, 2019. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00074

OLIVEIRA, D. et al. Rollet’s mixed chancre in Brazilian pregnant women: An unusual case report. *International Journal of Infectious Diseases*, [s. l.], v. 91, p. 57–59, 2020.

DEMING, W. E. *The New Economics for Industry, Government, Education..* 2. Ed. Cambridge: Massachussets Institute of Tecnology Center for Advanced Engineering Study, 2000.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 30, n. spe1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100002.esp1>. Acesso em: 22 ago. 2021.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*, [s. l.], v. 44, p. 166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención medica: definición y métodos de evaluación**. México: Ediciones Copilco; 1984.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: methods for assessing and monitoring the quality assurance programs. *Science*. [s. l.], v. 200, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 1, p. 77-128, 1980a.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 1, p. 1-31, 1980b.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: some empirical studies. In: Donabedian, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 1, p. 33-76, 1980c.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, [s. l.], v. 114 p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **Striving for Quality in Health Care**. An Inquiry into Policy and Practice. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press; 1991.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, [s. l.], v. 18, p. 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. The quality care: how can it be assessed?. *Arch Pathol Lab Med*, [s. l.], v. 121, n. 12, p. 1145-50, 1997.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Sistema de Gestão**

Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE). Vitória (ES): SEMUS, 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun. 2020.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Bancos de dados do Sistema Único de Saúde**: base municipal anos 2010 a 2019 do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Vitória: SEMUS, 2020. Acesso em: 17 nov. 2020.

ENGSTROM, E. M. *et al.* A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. spe7, p. 50-61, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>. Acesso em 22 nov. 2021.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Sexually transmitted infections in Europe 2013**. Stockholm: ECDC, 2015.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no estado do Paraná-Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27; e3160, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1518-8345.2838.3160>.

FERNANDES, F. R. P. et al. Syphilis infection, sexual practices and bisexual behavior among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. **Sexually Transmitted Infections**. v. 91, n. 2, p. 142-9, 2015. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051589>.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. de. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00074519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2019.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

FREITAS, H.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

FREITAS, F. L. S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, [s. l.], v. 30, n. spe1, p. e2020616, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100004.esp1>. Acesso em: 25 ago. 2021.

FRIAS P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueró AC, Frias PG, org. **Avaliação em saúde; bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Científica, 2010.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. de S. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 885-894, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0285. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500885&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 mar. 2021.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014. DOI: 10.1590/0102-311x00187113. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 set. 2020.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, G. W. S.; YOSHIZAKI, O. W.; ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00087917, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00087917. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2020.

GAGE, A. D.; LESLIE, H. H.; BITTON A, GEROME, J. G.; THERMIDOR, R.; JOSEPH, J. P.; KRUK, M. E. Assessing the quality of primary care in Haiti. **Bull World Health Orga**, v. 95, p. 182–90, 2017.

GARCIA, A. T. A implementação de políticas públicas de ambiente: o caso da qualidade da água para consumo humano. **Análise Social**, [s. l.], v. 211, n. XLIX (2^o), 2014.

GARCÍA-LEGAZ MARTÍNEZ, M.; HERNÁNDEZ-BEL, P.; ALEGRE DE MIGUEL, V.; PÉREZ-FERRIOLS, A. Utilidad de las nuevas pruebas treponémicas automatizadas en el diagnóstico de la sífilis precoz. A propósito de 15 casos. **Actas Dermosifiliogr**, [s. l.], v. 111, n. 2, p.135-142, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.013>.

GASPAR, P. C. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, [s. l.], v. 30, n. spe1, p. e2020630, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100006.espl>. Acesso em: 11 nov. 2021.

GAVALOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A. L.; GARCIA, A. C. G.; ANDRADE, M. A. C. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GHAFFAR, L.; GILSON, L.; TOMSON, G.; VIERGEVER, R.; ROTTINGEN, J. Where is the policy in health policy and systems research agenda?. **Bull World Health Organ**, [s. l.], v. 94, p. 306–308, 2016.

GHANEM, K. G.; RAM, S.; RICE, P. A. The Modern Epidemic of Syphilis. **N Engl J Med**. v. 382, n. 9, p. 845-854, 2020. DOI: 10.1056/NEJMra1901593.

GILSON, L. *et al.* Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project. **Health Policy and Planning**, v. 27, p. i64–i76, 2012.

GLASGOW, R. E. *et al.* National Institutes of Health Approaches to Dissemination and Implementation Science: Current and Future Directions. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 7, p. 1274-1281, 2012.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park, London, New Delphi: Sage Publications, 1989.

HABERMAS, J. **Knowledge and Human Interests**. London: Heineman, 1972.

HABERMAS, J. **The Theory of Communicative Action: reason and the rationalization of society**. London: Heinemann, 1984.

HABERMAS, J. **The Theory of Communicative Action: the critique of functionalist reason**. Cambridge: Polity Press, 1987.

HABITCH, J.; VICTORA, C.; VLAGHAN, J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 28, p. 10-18, 1999.

HAILU, K.; GEBRETSADIK, A. Determinants of gonorrhoea and syphilis infections among pregnant women attending antenatal clinic at Dilla University Referral Hospital, Ethiopia: Unmatched case-control study. **Women's health**, v. 16, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745506520940095>.

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.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: : Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HERMANSEN, N. K.; VESTERGAARD, A. S.; EHLERS, L. H. **Does quality improvement improve patients' health? A Systematic review of measures of effect used in PDSA projects**. 2018. 5th Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare, Denmark, 2018. Disponível em: <https://www.forskningsdatabasen.dk/en/catalog/2397923272>. Acesso em: 18 ago. 2020.

HONE, T. ET AL. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. **Health Affairs**, [s. l.], v.36, n.1, p. 149-158, 2017. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.0966

JARY, A. ET AL. Seroprevalence and risk factors for HIV, HCV, HBV and syphilis among blood donors in Mali. **BMC infectious diseases**, v. 19; n. 1; p.1064. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4699-3>.

KIMBALL, A. *et al.* Missed opportunities for prevention of congenital syphilis - United States, 2018. **MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.**, v. 69, n. 22, p. 661-665, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6922a1.htm>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KISMÖDI, E. *et al.* Where Public Health Meets Human Rights: Integrating Human Rights into the Validation of the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis. **Health Hum Rights**, v. 19, n. 2, p. 237-247, 2017.

KITAYAMA, K. *et al.* Syphilis in the Americas: a protocol for a systematic review of syphilis prevalence and incidence in four high-risk groups, 1980-2016. **Syst. Rev.**, v. 6, n. 1, p. 195, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634900/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

KORENROMP E. L. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes— Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.

KRUK, M. E.; LESLIE, H. H.; VERGUET, S.; MBARUKU, G. M.; ADANU, R. M. K.; LANGER, A. Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. **Lancet Glob Health**, v. 4, p. e845–55, 2016.

LAFETA, K. R. G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol [Internet]**, [s. l.], v. 19; n. 1; p. 63-74, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LANDMANN-SZWARCWALD, C.; MACINKO, J. A panorama of health inequalities in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 15, n. 174, 2016. DOI: 10.1186/s12939-016-0462-1.

LANE, J. et al. Monitoring HIV and AIDS Related Policy Reforms: A Road Map to Strengthen Policy Monitoring and Implementation in PEPFAR Partner Countries. **PLOS ONE**, v. 11, n. 2, p. 1-13, 2016. DOI:10.1371/journal.pone.0146720.

LANGLEY, G. L.; NOLAN K. M.; NOLAN T. W.; NORMAN C. L.; PROVOST, L. P. **The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance**. 2. ed. San Francisco, CA: [s. n.]2009.

LAVERENTZ, D. M.; KUMM, S. Concept Evaluation Using the PDSA Cycle for Continuous Quality Improvement. **Nursing Education Perspectives**. v. 38; n. 5; p 288-290, 2017. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000161.

LEE, N. Y. ET AL., Increased repeat syphilis among HIV-infected patients: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. **Medicine**, v. 99, n. 28, p. e21132, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021132>.

LEIS, J. A.; SHOJANIA, K. G. A primer on PDSA: executing plan–do–study–act cycles in practice, not just in name. **BMJ Quality & Safety**. [s. l.], v. 26, p. 572-577. 2017.

LEWIN, K. Action Research and minority problems. **Journal of Social Issues**, [s. l.], v. 2, p. 34-6, 1946.

LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. 4. ed. São Paulo: Cultrix, 1989.

LICENÇA PÚBLICA GERAL GNU. In: WIKIPEDIA: enciclopédia livre. Versão lançada em 09 de julho de 2007, atualizada em: nov. 2020. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/GNU_General_Public_License. Acesso em: 23 abr. 2021.

MACARAYAN, E. K.; GAGE, A. D.; DOUBOVA, S. V.; GUANAIS, F.; LEMANGO, E. T.; NDIAYE, Y.; WAISWA, P.; & KRUK, M. E. Assessment of quality of primary care with facility surveys: a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. **The Lancet. Global health**, v. 6, n. 11, p. e1176–e1185, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30440-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30440-6).

MACÊDO, V. C. de; LIRA, P. I. C. de; FRIAS, P. G. de; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. de F. F.; XIMENES, R. A. de A. Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, p. 78, 2017. DOI: 10.11606/s1518-8787.2017051007066.

MADRID, L.; VARO, R.; Siteo, A.; Bassat, Q. Congenital and perinatally-acquired infections in resource-constrained settings. **Expert Rev Anti Infect Ther**, v.14, n.9, p. 845-61, 2016. DOI: 10.1080/14787210.2016.1215913.

MAGAZINER, S.; MONTGOMERY, M. C.; BERTRAND, T.; DALTRY, D; JENKINS, H; KENDALL, B. et al. Public health opportunities and challenges in the provision of partner notification services: the New England experience. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 75, p. 1-8, 2018. DOI 10.1186/s12913-018-2890-7.

MARQUES DOS SANTOS, M.; LOPES, A.K.B.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Trends of syphilis in Brazil: A growth portrait of the treponemic epidemic. **PLoS One**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. e0231029, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0231029.

MARCUS, G. E. **Ethnography through thick & thin**. New Jersey: Princenton University Press. 1998.

MARTINI M, GAZZANIGA V, BARBERIS I, BRAGAZZI NL, PARODI A, ARMOCIDA E. De morbo gallico omnia quae extant apud omnes medicos cuiuscunque nationis: the sixteenth-century collection of Luigi Luigini. **Infez Med**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 350-352, 2019.

MARX, J.; ACOSTA, L.; DESCHUTTER, E. J.; BORNAY-LLINARES, F. J.; SOTILLO-SOLER, V.; RAMOS-RINCÓN. Syphilis and HIV infection in indigenous Mbya Guarani communities of Puerto Iguazu (Argentina): diagnosis, contact tracking, and follow-up. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** [online], v. 62, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062019>. Acesso em: 19 jun. 2021.

MATE, K. S.; NGUBANE, G; BARKER, P. M. A quality improvement model for the rapid scale-up of a program to prevent mother- to-child HIV transmission in South Africa. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 4, p. 373–380, 2013.

MÉLO, K. C. de et al. Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v. 53, p. e20190199, 2020 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0199-2019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822020000100634&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINUÉ-LORENZO, S.; FERNÁNDEZ-AGUILAR, C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. **Aten Primaria**, [s. l.], v.50, n.2, p. 114-129, 2018. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.09.001.

MIRANDA, A. E. *et al.* Program for Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis and HIV in Brazil: missed opportunities. **J. bras. Doenças Sex Transm**, v. 31, n. 2, p. 50-56, 2019. Disponível em: http://www.bjstd.org/html.php?id_artigo=216. Acesso em: 20 jun. 2020.

MIRANDA, A. E. *et al.* Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. spe1, e2020611, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.esp1>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MORÓN-DUARTE, L. S.; RAMIREZ VARELA, A; SEGURA, O.; FREITAS, D. A.; SILVEIRA, M. Quality assessment indicators in antenatal care worldwide: a systematic review. **Int J Qual Health Care**, [s.l.], v. 31, n. 7, p. 497-505, 2019. DOI:10.1093/intqhc/mzy206.

MOURA, S. L. O. *et al.* Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente. **Escola Anna Nery** [online], [s. l.], v. 25, n. 1, p. e20190325, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0325>. Acesso em: 12 nov. 2021.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. **J Nurs Health**, v. 8, n.1, p. e188102, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11091>. Acesso em: 07 set. 2020.

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 Serv. Res.**, v. 17, n. 1, p. 556, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807019/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

ODENY, T. A.; PADIAN, N., DOHERTY M. C., BARAL, S. BEYRER, C., FORD, N., GENG, E. H. Definitions of implementation science in HIV/AIDS. **The Lancet**, v.2, p. e180, 2015. Disponível em: www.thelancet.com/hiv. Acesso em: 22 jul. 2020.

ONG, D.; BHARDWAJ, G.; ONG, J. J.; CHEN, M. Y.; LYNDELL, L. L. Keeping an eye on syphilis [online]. *Australian Family Physician*, v. 46, n. 6, p. 401-404, June 2017. Disponível em: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=846941519330158;res=IELHEA>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Objetivo 3. Saúde e bem estar. Metas do objetivo 3. [20--]. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

OSIAS, E. ET AL. Investigation of syphilis immunology and *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* biology to improve clinical management and design a broadly protective vaccine: study protocol. **BMC Infect Dis**. [s. l.], v. 20; n. 444. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05141-0>.

OVIDEO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, [s. l.], v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 11 nov. 2021.

OZELAME, J. E. E. P.; FROTA, O. P.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; TESTON, E. F. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v. 28, n. e50487, p.1. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50487>

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean**. Washington: PAHO; 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas, Update 2015**. Washington, DC: PAHO; 2015. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18372/9789275118702_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 28 Mar 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Plan of action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016-2021**. Washington, D.C.: PAHO; 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-14-e.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Organização Mundial de Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita**. 2019a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812. Acesso em: 15 maio 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **OPAS lança nova iniciativa para eliminar a transmissão materno-infantil de quatro doenças**. 2019b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5475:opas-lanca-nova-iniciativa-para-eliminar-a-transmissao-materno-infantil-de-quatro-doencas&Itemid=812. Acesso em: 15 maio 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **New generations free of HIV, syphilis, hepatitis b, and chagas disease: EMTCT plus in the Americas, 2018 [Internet]**. Washington, D.C.:

Pan American Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/new-generations-free-hiv-syphilis-hepatitis-b-and-chagas-disease-americas-emtct-plus-2018>. Acesso em: 22 ago. 2021.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.

PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. *Nat. Rev. Dis. Primers*, v. 3, p. 17073, 2017. doi:10.1038/nrdp.2017.73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022569/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

PEREIRA, C. C. de B. *et al.* Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online], v. 13, n. 1, p. 39-49, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000100005>. Acesso: 12 jul. 2021.

PEREIRA JUNIOR, E. A.; RUAS, C. M. Retenção de profissionais em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Adm. Saúde** [On-line]. v. 19, n. 75, p. e165, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.75.165>

PEREZ, F.; MAYAUD, P. One step in the right direction: improving syphilis screening and treatment in pregnant women in Africa. **The Lancet. Global health**, v. 7, n. 5, p. E550 – E551, 2019. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30064-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30064-6).

PIERBON, M.; COCCHIO, S.; RUSSO, C.; BONAMIN, MA; BALDO, V. Sexually-transmitted infections: What is the true prevalence? A cross-sectional online survey of men who have sex with men in the Veneto Region of Italy. **J. Prev Med Hyg.** v. 60, n. 3, p. E197 – E202, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.3.1181>.

PINTO, I. S.; OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; PINTO, F. S.; NOBRE, T. C. N. Práticas de saúde na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, e306101018755, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18755>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

PRYBUTOK, G. L. Ninety to Nothing: a PDSA quality improvement project. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 31, n. 4, p. 361–372, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2017-0093>.

RADOŃ-POKRACKA, M.; PIASECKI, M.; LACHOWSKA, A.; BACZKOWSKI, S; SPACZYŃSKA, J.; GÓRECKA, M.; NOWAK, M.; HURAS, H. Assessment of the implementation of the infectious diseases screening programmes among pregnant women in the Lesser Poland region and comparison with similar programmes conducted in other European Union countries. **Ginekologia Polska**, [s. l.], v. 88, n. 3, p. 151–155, 2017.

REVERBY, S. M. Sífilis por “exposição normal” e inoculação: um médico da equipe do estudo Tuskegee na Guatemala, 1946-1948*. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 323-349, 2012.

ROCHA, M. L. DA. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 169-174, 2006.

ROCHA, A. F. B. **Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará**. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, 2014.

ROCHA, A. M. *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in

northeastern Brazil - a qualitative study. **BMC health services research**. v. 19, n.1, 65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3910-y>.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas sociais. **Aval: revista avaliação de políticas públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2008.

ROSA, R. F. do N. et al. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 14, mar. 2020.

ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull World Health Organ [Internet]**. [s. l.], v. 97, n. 8; p. 548-62, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2471/2FBLT.18.228486>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SABOT, K. ET AL. Contextual factors in maternal and newborn health evaluation: a protocol applied in Nigeria, India and Ethiopia. **Emerg Themes Epidemiol**. [s. l.], v. 15, n. 2. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12982-018-0071-0>.

SAIKI, R. et al. Enzymatic amplification of globin genomic sequences and restriction site analysis for diagnosis of sickle cell anemia. **Science**. v. 230, n. 4732, p. 1350-1354, 1985.

SALES, R. O.; DILTS, L. M.; SILVA, R. M.; BRASIL, C. C. P.; VASCONCELOS FILHO, J. E. Development and evaluation of an application for syphilis control. **Rev Bras Enferm**. [s. l.], v. 72, n. 5, p. 1326-32, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0877>.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Planaltina: [s. n.], 2017. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 16 ago. 2020.

SANDERS, D.; HAINES, A. Implementation Research Is Needed to Achieve International Health Goals. **Plos Medicine**, v. 3, n. 6, p. e186, 2006.

SANTOS, S. M. P.; FREITAS, J. L. G. S.; FREITAS, M. I. F. The sexuality scripts constructed by nurses and an interface with attention of sexually transmitted infection/HIV. **Escola Anna Nery [online]**. v. 23, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0078en>. Acesso em: 9 jul. 2021.

SANTOS, R. P.; SOPPA, F. B. F.; RUTHS, J. C.; RIZZOTO, M. L. F. Avaliação da implantação de um núcleo de segurança do paciente. **Rev. Enferm. UFPE**. v. 13; n. 2; p. 532-537. 2019.

SAPATINI, T. F.; GASPARINO, R. C.; POLLI, L.; OLIVEIRA, A. S. Avaliação de um programa admissional para a equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery**. v. 20, n.3, p. e20160065, 2016.

SARTI, T. D. et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018. DOI: 10.5712/rbmf13(40)1684.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP [online]**, v. 17, n. 2, p. 11-41. 2006. DOI: 10.1590/S0103-65642006000200002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000200002>. Acesso em: 18 jun. 2021.

SCORALICK, G. B. F. **Com a palavra os adolescentes**: intervenção participativa em saúde sexual e reprodutiva em um território de vulnerabilidade social no município de Paraíba do Sul - RJ. 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal

Fluminense, Niterói, 2018.

SCRIVEN, M. The Logic of Evaluation and Evaluation Practice. **New Directions for Evaluation**, [s. l.], v. 68, p. 49-70, 1995.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus**. Newbury Park: Sage Publications. 1991.

SCUSSEL, M. R. R.; MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, n. 2, p. 235-244, 2017.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional, **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 85, p. 65-82, 2009.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. Sociologia, **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**. [s. l.], v. 31, p. 59-80, 2016. DOI: 10.21747/0872-3419/Soc31a3.

SEVERINO, A. J.; ALMEIDA, C. R. S. de; DIAS, E. T. D. M. 100 Anos de Edgar Morin. Apresentação. **Eccos - Revista Científica**, São Paulo, n. 57, p. 1-2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5585/eccos.n57.20284>.

SHIFFMAN, J; SMITH, S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. **Lancet**, [s. l.], v. 370, p. 1370-79, 2007.

SILVA, A. A. O.; DE OLIVEIRA, U. D.; VASCONCELOS, L. C. M.; FOTI, L.; LEONY, L. M.; DALTRO, R. T.; LEITOLIS, A.; LIMA, F. W. M.; KRIEGER, M. A.; ZANCHIN, N. I. T.; SANTOS, L. F. N. Performance of *Treponema pallidum* recombinant proteins in the serological diagnosis of syphilis. **PLoS ONE**, [s. l.], v.15, n.6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234043>.

SILVA, J. C. et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 592-595, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300026>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Caderno NEPP/UNICAMP**, Campinas, n. 48, p. 1-16, 2000. Disponível em: http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf. Acesso em: 14. fev. 2019.

SILVA, P. G. da *et al.* Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. **Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.** v. 10, n. 1, p. 38-46. 2020. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/322/sifilis-adquirida-dificuldades-para-adesao-ao-tratamento/>. Acesso em: 21 nov. 2021.

SILVA, G. C. B.; RODRIGUES, F. F. Fisiopatologia da sífilis congênita. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 4, p. 122-136, out. 2018.

SILVA, L. C. S. et al. Inconformidades nos registros em prontuários: opinião dos trabalhadores de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e294101220587, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20587>.

SLUTSKER, J. S.; HENNESSY, R. R.; SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases — New York City, 2010–2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 67, n. 39, p. 1088-1093, 2018. DOI: 10.15585/mmwr.mm6739a3.

SMOCK, L.; CATEN, E.; HSU, K.; DEMARIA JR, A. Economic Disparities and Syphilis Incidence

in Massachusetts, 2001-2013. **Public Health Reports**, [s. l.], v. 132, n. 3, p. 309 - 315, 2017. DOI:10.1177/0033354916688269.

SOARES, K. K. S. *et al.* Spatial analysis of syphilis in pregnancy and congenital syphilis in the state of Espírito Santo, Brazil, 2001-2018. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. *Epidemiol. Serv. Saude*, v. 29, n. 1, p. e2018193, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100312&lang=pt. Acesso em: 19 nov. 2020.

SOUSA, M. F. de *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. spe5, p. 82-93, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SOUZA, M. H. T. de; BECK, E. Q. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM Santa Maria, RS**, v. 9, e56, p. 1-13, 2019. DOI: 10.5902/2179769232072 ISSN 2179-7692.

SOUZA, R. L. de et al. Prevalência de sífilis em mulheres profissionais do sexo em três municípios do interior do estado do Pará, Amazônia brasileira. **Doenças infecciosas de BMC**, v. 20, n. 1, p. 129, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4850-1>.

SPITERI, G.; UNEMO, M.; MÅRDH, O.; AMATO-GAUCI, A. J. The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe. **Epidemiology and Infection**, v. 147, n. e143, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268819000281>.

STAME, N. Tre approcci principali alla valutazione: distinguere e combinare. In: Palumbo M. (org.) **Il processo di valutazione**. Decidere, programmare, valutare. Milão: Angeli, p. 21-46.

STENZEL, A. C. B. A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.

STORM, M.; DEUBA, K.; DAMAS, J.; SHRESTHA, U.; RAWAL, B.; BHATTARAI, R.; MARRONE, G. Prevalence of HIV, syphilis, and assessment of the social and structural determinants of sexual risk behaviour and health service utilisation among MSM and transgender women in Terai highway districts of Nepal: findings based on an integrated biological and behavioural surveillance survey using respondent driven sampling. **BMC infectious diseases**, v. 20, n. 1, p. 402, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05122-3>.

STRATEGOR: Política Global da Empresa: estratégia, estrutura, decisão, identidade. 3. ed. Lisboa, Portugal: Ed. Dom Quixote. 2000.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer**. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. ISBN: 85-314-0617-X.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-136.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.** [Internet], v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços

de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2021.

TAYLOR, M. *et al.* Revisiting strategies to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. **Lancet Glob. Health**, v. 6, n. 1, p. e26-e28, 2018. DOI:10.1016/S2214-109X(17)30422-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6747700/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

TOLEDO-PASTRANA, T. Sífilis precoce: nuevas aproximaciones diagnósticas para un escenario cambiante. **Actas Dermosifiliogr**, [s. l.], v. 111, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.002>.

TOTTEN, S.; MACLEAN, R.; PAYNE, E. Infectious syphilis in Canada: 2003-2012. **Canada Commun Dis Rep** [Internet], v. 41, n. 2, p. 30-34, 2015. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2015-41/ccdr-volume-41-02-february-5-2015/ccdr-volume-41-02-february-5-2015-2.html>. Acesso em: 31 mar. 2021.

TORRES, R. G. *et al.* Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 90-96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676569>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000200090&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 set. 2020.

TRINH, T. T.; KAMB, M. L.; LUU, M.; HAM, D. C.; PEREZ, F. Syphilis testing practices in the Americas. **Tropical Medicine and International Health**, [s. l.], v. 22, n. 9 p. 1196-1203, 2017.

TRIPP, D. Action research: a methodological introduction. **Educ. Pesqui.** São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

USPSTF. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents: Recommendation Statement. **American Family Physician**, v. 94, n. 10, p. 842A-842C, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. *In*: Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Resenha de: CANESQUI, A. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 31, v. 3, p. 651-655, 2015.

VIEIRA-MEYER, A. ET AL. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality?. **Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique**, v. 110, n. 6, p. 756-767. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00246-9>

VIEIRA, K. C. S. V.; RIBEIRO, A. D. C.; QUEIROZ, J. H. F. S.; MELO, A. B. D.; BATISTA, R. B.; DELGADO, F. M.; SILVA, K. E. S.; CRODA, J.; SIMIONATTO, S. High Prevalence of Syphilis and

Inadequate Prenatal Care in Brazilian Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 101, n. 4, p. 761–766, 2019. DOI:10.4269/ajtmh.18-0912.

VILELA, A.; BACH, P.; GODOY, P.; GRUPO DE ITS DE LLEIDA. Cumplimiento del estudio de contactos de personas diagnosticadas de VIH/ITS en las comarcas de Lleida. **Revista Española de Salud Pública**, [s. l.], v. 93, n. 1, p. e1-e9, 2019.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. **Decreto Nº 11.945**. Modifica redação do Decreto nº 11.228, de 05 de março de 2002. Vitória, 2004.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. **Decreto Nº 11.228**. Institui o Comitê de Mortalidade Materno-Infantil do Município de Vitória e dá outras providências. Vitória, 2002.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento da sífilis congênita** Vitória, 2011.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. **Decreto Nº 15.387**. Altera o art. 4º do Decreto 11.228 de 05 de março de 2002. Vitória, 2012.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

VITÓRIA (ES). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), Espírito Santo. **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE)**. Vitória, 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 24 jun.2020.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. **Decreto Nº 17.551**. Institui o Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Vitais, Toxoplasmose e Zika do município de Vitória e dá outras providências. Vitória, 2018.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Gerência de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta n. 08/2019 SEMUS/GAS e SEMUS/GVS de 02 de dezembro de 2019**. Vitória, 2019.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Período 2018-2021. Vitória, 2021.

VITÓRIA (ES). Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de Informação em Saúde. **Análise Situacional de Saúde no município de Vitória – Sífilis**. Vitória (ES). Agosto, 2019.

VOLDENBERG, S. E.; SMITH, M. A.; DIEZ, H. L.; REMINGTON, T. L.; BOSTWICK, J. R. Using the Plan-Do-Study-Act (PDSA) Model for Continuous Quality Improvement of an Established Simulated Patient Program. **Inovations in pharmacy**. v.9, n.2, p. 1-6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.24926/iip.v9i2.989>

WEINSTOCK, G. M. et al. The genome of *Treponema pallidum*: new light on the agent of syphilis. **FEMS Microbiol Rev.**, v. 22, n. 4, p. 323-332, 1998.

WENG, R. X.; HONG, F. C.; YU, W. Y.; CAI, Y. M. Compare HIV/syphilis infections between age groups and explore associated factors of HIV/ syphilis co-infections among men who have sex with men in Shenzhen, China, from 2009 to 2017. **PLoS one**, [s. l.], v. 14, n. 10, p. e0223377, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223377>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance** 2012. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85376/1/9789241505895_eng.pdf. Acesso em: 12 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2013**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Media centre: Sexually transmitted infections (STIs)**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Acesso em: 12 nov. 2018.

YUNXIA, L. et al. 1303-P: Improving Rate of Glucose Recheck after Hypoglycemia through the PDSA Model. **Diabetes, [s. l.]**, v. 68, n.1, p. 1303, 2019. DOI: <https://doi.org/10.2337/db19-1303-p>.

ZHANG, Y. et al. What has changed HIV and syphilis infection among men who have sex with men (MSM) in Southwest China: a comparison of prevalence and behavioural characteristics (2013-2017). **BMC public health**, v. 19, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7730-0>.

ZHOU, C. et al. PCR detection for syphilis diagnosis: Status and prospects. **Journal of clinical laboratory analysis**. v. 33; n. 5; p. E22890, 2019. <https://doi.org/10.1002/jcla.22890>.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Entrevista com Profissionais das Equipes de Atenção Básica

1. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
2. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
3. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
4. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
5. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
6. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
7. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
8. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
9. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis, para a redução das taxas

de sífilis no município de Vitória?

10. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
11. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
12. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
13. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
14. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
15. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
16. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?
17. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?
18. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 6- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
19. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?
20. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações

de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?

21. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
22. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
23. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
24. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?

Entrevista com os profissionais de referência da Sífilis dos Serviço de Saúde da SEMUS

1. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
2. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
3. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
4. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
5. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
6. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 2-

Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?

7. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
8. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
9. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
10. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
11. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
12. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
13. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
14. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
15. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
16. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?

17. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?
18. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 6- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
19. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?
20. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?
21. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
22. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
23. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
24. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS PARA GRUPOS FOCAIS

Entrevista com Gestores do GT da Sífilis com atuação na SEMUS

1. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
2. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
3. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
4. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
5. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
6. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
7. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
8. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
9. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis, para a redução das taxas

- de sífilis no município de Vitória?
10. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
 11. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
 12. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
 13. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
 14. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
 15. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
 16. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?
 17. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?
 18. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 6- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
 19. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?
 20. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações

de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?

21. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
22. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
23. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
24. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?

Entrevista com Membros do COPEMI-TV

1. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
2. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis?
3. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 1- Captação precoce da gestante com sífilis, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
4. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
5. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento do protocolo?
6. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 2- Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes – cumprimento

do protocolo, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?

7. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
8. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis?
9. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 3- Ofertar tratamento adequado para a sífilis, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
10. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
11. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida?
12. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 4- Monitoramento dos casos de sífilis adquirida, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
13. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
14. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros?
15. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 5- Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
16. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?
17. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das

ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 6- Monitoramento do Plano de Enfrentamento?

18. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 6- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
19. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?
20. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes?
21. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 7- Realização de ações de prevenção para a sífilis: população geral e gestantes, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?
22. Na sua percepção quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
23. Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita?
24. Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo 8- Seguimento da sífilis congênita, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?

RELATÓRIO PARA A GESTÃO

TEMA DA PESQUISA: O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES) NO QUADRIÊNIO 2016-2019: AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO

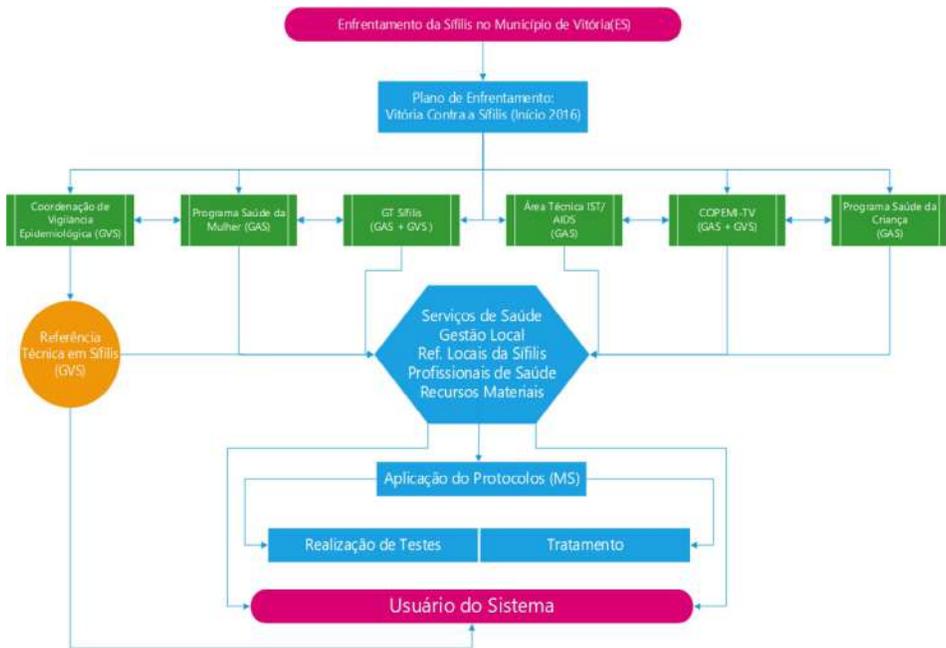
INTRODUÇÃO

No que diz respeito à política municipal de saúde para o enfrentamento da sífilis, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, construiu o Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis como ferramenta de gestão no SUS no ano de 2011. Em 2016, quando a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil, pelo Ministério da Saúde, o município de Vitória fortaleceu as diretrizes do enfrentamento da doença, quando passou a adotar o Plano de Enfrentamento “Vitória contra a Sífilis” (VITÓRIA, 2016).

O Plano de Enfrentamento é composto por oito eixos: captação precoce da gestante com sífilis; acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; ofertar tratamento adequado para a sífilis; monitoramento dos casos de sífilis adquirida; monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; monitoramento do plano; realização de ações de prevenção para a sífilis (população geral e gestantes; e, seguimento da sífilis congênita, conforme descrito a seguir (VITÓRIA, 2016).

Considerando-se o quadriênio 2016-2019, este estudo avaliou as ações realizadas para o enfrentamento da sífilis em gestantes, sífilis adquirida e sífilis congênita em Vitória, no citado quadriênio e descreveu as facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento, na percepção dos profissionais de saúde e dos gestores.

Foi construído um fluxograma do enfrentamento da sífilis no município de Vitória, incluindo as instâncias envolvidas.



Fonte: A Autora, 2021.

MÉTODO

O estudo de avaliação para a gestão utilizou a abordagem quali-quantitativa. A utilização da abordagem quantitativa em estudos avaliativos possibilita uma aproximação inicial com o objeto de avaliação. Enquanto a qualitativa permite aprofundar os significados acerca das experiências dos participantes, buscando apreender suas percepções acerca das facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada eixo do plano de enfrentamento (TANAKA; MELO, 2004).

A abordagem quantitativa se caracterizou pela extração de informações dos sistemas de informação em saúde (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC e Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), que fundamentaram a compreensão em torno dos resultados quantitativos obtidos pelas ações do plano de enfrentamento da sífilis no período de 2016 a 2019 no município de Vitória (ES).

A abordagem qualitativa ocorreu por meio da análise documental, com coleta de dados em documentos oficiais (planos municipais de ação, relatórios de gestão e de serviços) e acesso ao prontuário eletrônico da Rede Bem-Estar. Foram utilizados no estudo documentos oficiais (portarias, decretos e leis), dos níveis federais, estaduais e municipais, assim como atas do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica (COPEMI-TV).

Ainda na abordagem qualitativa o estudo investigou a percepção dos diversos atores (profissionais de saúde e gestores) que atuam no enfrentamento da sífilis no município, tanto na assistência, como na vigilância e na gestão do plano de enfrentamento da sífilis. Para obtenção dos dados primários foram utilizadas 87 entrevistas individuais (tendo sido entrevistados 29 médicos, 29 enfermeiros e 29 referências da sífilis) e dois grupos focais com gestores do Plano de Enfrentamento e profissionais de saúde que atuaram no COPEMI-TV.

A partir da análise das ações dos oito eixos do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis, avaliou-se e obteve-se resultados para a gestão, com vistas a contribuir para a melhoria do objeto avaliado, à saber o enfrentamento da sífilis.

Foram utilizados indicadores quantitativos para a análise dos eixos 1, 2, 3, 4, 5 e 8.

Quadro 1. Fase Quantitativa: Indicadores de Seis Eixos do Plano.

| EIXOS DO PLANO | INDICADORES |
|--|---|
| Eixo 1 - Captar precocemente a gestante para o pré-natal | Percentual de captação precoce. Para os anos 2016 e 2017, os dados foram coletados do sistema SisPreNatal; para os anos 2017 e 2018, do Sistema Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE). |
| Eixo 2: Acompanhar o pré-natal de todas as gestantes | Indicador número de consultas de pré-natal. Foi calculado a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de base federal, para o período 2016 a 2017, e de base municipal, para o período 2018 a 2019. |
| Eixo 3: Ofertar tratamento adequado para a sífilis | indicador percentual de tratamento realizado com Penicilina Benzatina ou outro medicamento, expresso na notificação de sífilis adquirida do SINAN, a cada ano, com verificação do tratamento em prontuário vinculado ao SGIRBE. |
| Eixo 4: Monitorar os casos de sífilis adquirida | Percentual de realização de teste não treponêmico, dentre os casos notificados de sífilis adquirida ao longo do quadriênio 2016 a 2019. |

| | |
|---|---|
| Eixo 5: Monitorar a gestante com sífilis e parceria | Percentual de teste treponêmico, o percentual de teste não treponêmico e a soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina. Percentual de realização de tratamento concomitante do parceiro e a soma do percentual de tratamento dos parceiros com 7.200.000 UI e 2.400.000UI de Penicilina Benzatina, expressos nas notificações de sífilis em gestante no quadriênio 2016 a 2019. |
| Eixo 8: Realizar o seguimento da sífilis congênita | Registro no prontuário eletrônico do diagnóstico de sífilis congênita, acompanhado de resultado(s) de exame VDRL de controle, encaminhamento ao pediatra ou ao ambulatório de infecto-pediatria dos diversos hospitais de referência como o Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), Ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Ambulatório de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Vitória ou qualquer outro serviço de saúde público ou privado, além de registro de outros exames que compõem o protocolo de seguimento do RN com sífilis congênita. |

A avaliação qualitativa foi realizada com objetivo de compreender a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, as referências da sífilis nas unidades de saúde, os membros do COPEMI e do GT de Sífilis (gestores), acerca das facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas em cada um dos 8 eixos do plano de enfrentamento da sífilis na rede de saúde do município de Vitória (ES).

As entrevistas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e referências da sífilis nas Unidades de Saúde) foram agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos e ocorreram em seus respectivos locais de trabalho, em sala reservada. Para todos os grupos e entrevistas semiestruturadas, realizaram-se três perguntas avaliativas correspondentes a cada um dos oito eixos do plano. A primeira pergunta foi: “Na sua percepção, quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo X?”; a segunda: “Na sua percepção quais as dificuldades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo X?”; a terceira: “Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo X, para a redução das taxas de sífilis no município de Vitória?”

RESULTADOS

Resultados da Análise Quantitativa

Foram analisados dados dos sistemas de informação em saúde (Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), que fundamentaram a compreensão em torno do processo de enfrentamento da sífilis no período de 2016 a 2019 no município de Vitória (ES).

Resultados relativos ao enfrentamento da sífilis em gestante:

Indicador do Eixo 1: Percentual de captação precoce

| Eixo 1 | Ano | | | |
|------------------------------------|------|-------|-------|-------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Percentual de Captação Precoce (%) | 62,5 | 63,67 | 66,60 | 66,71 |
| | | | | |

Fontes: SISPRENATAL; ESPÍRITO SANTO 2020.

Indicador do Eixo 2: Cobertura de pré-natal no município de Vitória no Quadriênio 2016 a 2019

| Cobertura de Pré-Natal – Vitória (ES) – 2016-2019 | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Frequência de consultas de pré-natal | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Nenhuma | 24 | 0,55 | 42 | 0,91 | 38 | 0,82 | 19 | 0,42 |
| 1-3 vezes | 175 | 4,01 | 143 | 3,10 | 151 | 3,25 | 133 | 2,97 |
| 4-6 vezes | 701 | 16,05 | 685 | 14,87 | 673 | 14,49 | 607 | 13,56 |
| 7 e + | 3.454 | 79,08 | 3.721 | 80,75 | 3.765 | 81,07 | 3.705 | 82,74 |
| Não informado | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

| | | | | | | | | |
|------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| Ignorado | 14 | 0,32 | 17 | 0,37 | 17 | 0,37 | 14 | 0,31 |
| Cobertura 1 ou + vezes | 4.330 | 99,13 | 4.549 | 98,71 | 4.589 | 98,81 | 4.445 | 99,26 |
| Total | 4.368 | 100,00 | 4.608 | 100,00 | 4.644 | 100,00 | 4.478 | 100,00 |

Fonte: Vitória (2020)

Indicador composto do Eixo 5: monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros

| Indicador composto do Eixo 5: monitoramento das gestante com sífilis e parceiros | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Indicadores | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Percentual de realização de teste treponêmico na gestante (%) | 46,2 | 55,2 | 53,4 | 67,7 |
| Percentual de realização de VDRL na gestante (%) | 95,9 | 89,6 | 94,9 | 93,4 |
| Soma do percentual de tratamento das gestantes com 7.200.000 UI e com 2.400.000UI de Penicilina Benzatina (%) | 82,8 | 83,1 | 84,1 | 93,4 |
| Percentual de realização de tratamento concomitante do parceiro (%) | 31,4 | 37,2 | 30,7 | 39,4 |
| Soma do percentual de tratamento dos parceiros com 7.200.000 UI e 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina (%) | 35,5 | 38,9 | 29,5 | 37,4 |
| Média (%) | 58,36 | 60,80 | 58,52 | 66,26 |

Fonte: SINAN

Resultados relativos ao enfrentamento da sífilis congênita

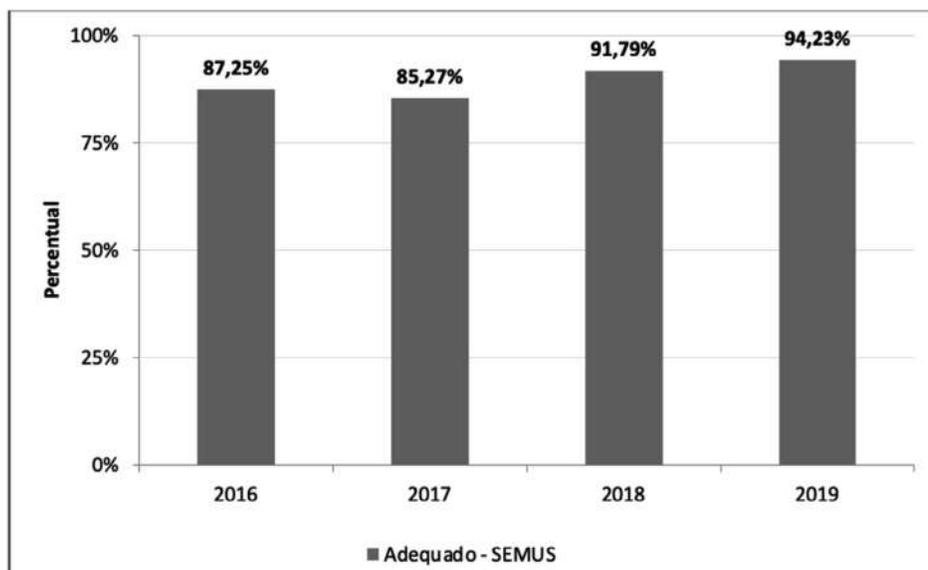
Indicador do Eixo 8: seguimento da sífilis congênita

| Indicador do Eixo 8: seguimento da sífilis congênita | | | | |
|--|------|------|------|------|
| | Ano | | | |
| Percentual de seguimento da sífilis congênita (%) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| | 69,8 | 79,5 | 84,4 | 85,7 |

Fonte: ESPÍRITO SANTO (2020)

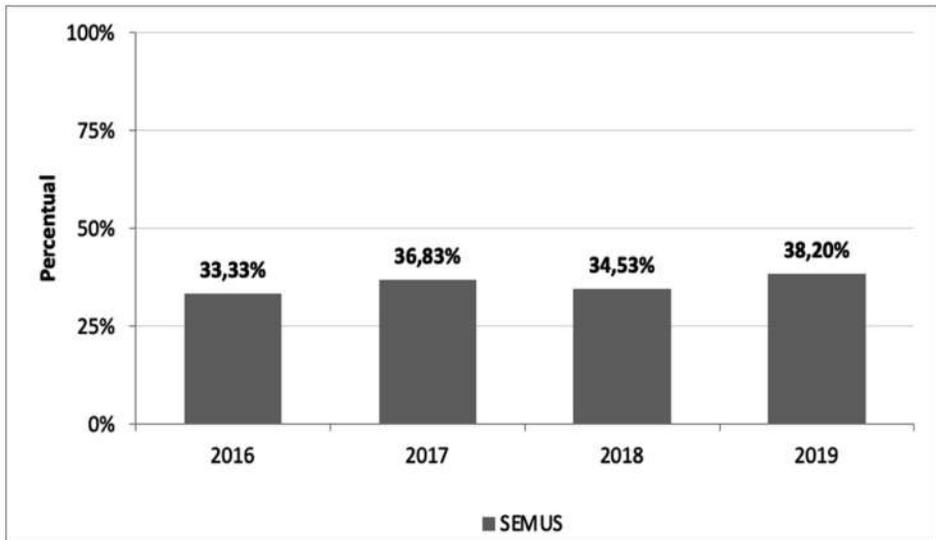
Resultados relativos ao enfrentamento da sífilis adquirida

Indicador do Eixo 3: realização de tratamento adequado para sífilis na população geral



FONTE: BRASIL (2020); ESPÍRITO SANTO (2020).

Indicador do Eixo 4: monitoramento dos casos sífilis na população geral



FONTE: BRASIL (2020); ESPÍRITO SANTO (2020).

Resultados da Análise Qualitativa

Foi realizada a análise documental, com coleta de dados em documentos oficiais, como Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita 2011, Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis 2016, portarias, decretos (Decreto 11.228, de 05 de março de 2002; Decreto 11.945, de 01 de junho de 2004; Decreto 15.387, de 11 de junho de 2012; e Decreto 17.551 de 29 de outubro de 2018) e leis do nível municipal, além de acesso à prontuários eletrônicos do Sistema Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE). Também se realizou a revisão de atas do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica (COPEMI-TV).

Foram também utilizados no estudo documentos oficiais (portarias, decretos e leis), dos níveis federais e estaduais como Plano Estadual de Saúde e Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis do Espírito Santo, além de Protocolos

Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, relativos ao quadriênio enfocado no estudo.

A leitura de vários documentos institucionais possibilitou verificar a contextualização histórica do enfrentamento da sífilis no município. Foi possível comparar o leque de atuação do Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita (VITÓRIA, 2011) com o do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis (VITÓRIA, 2016), percebendo-se que houve um comprometimento ainda maior da gestão no enfrentamento da sífilis a partir de 2016, face ao contexto da epidemia no país.

A existência de um Comitê de Mortalidade Materno-Infantil (COPEMI) desde 05 de março de 2002 (VITÓRIA, 2002), passando por um aprimoramento de suas ações, bem como atualização de seus componentes, a partir de 01 de junho de 2004 (VITÓRIA, 2004), e nova mudança do quadro de componentes em 11 de junho de 2012 (VITÓRIA, 2012), permitiu entender a priorização da investigação dos óbitos e suas causas e a variação da composição do COPEMI, com manutenção de suas atividades continuamente, ao longo do tempo. O COPEMI vem contribuindo desde 2002, ao trabalhar estatisticamente as informações de mortalidade materna e infantil e suas tendências entre serviços, instituições, profissionais afins e analisar as causas de mortalidade em Vitória, dentre elas a sífilis congênita (VITÓRIA 2002). Para ampliação do leque de atuação do COPEMI, em 2018, foi agregada a atividade de investigação da transmissão vertical de diversas doenças, passando a denominar-se Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zica do Município de Vitória (VITÓRIA, 2018).

Foram realizados dois grupos focais no período de 30 de outubro de 2020 a 08 de abril de 2021. Ambos foram reunidos por duas vezes, em datas acordadas com as componentes. Todas as componentes dos grupos focais foram do sexo feminino, com atuação no nível central da SEMUS.

O grupo focal do GT de Sífilis foi composto por três gestoras, duas com formação em enfermagem e uma com formação em assistência social, todas com atuação no GT desde a sua fundação (julho de 2018), com idades entre 40 e 66 anos, com tempos de serviço na Secretaria Municipal de Saúde de 9 a 28 anos, duas delas com atuação na gerência de Vigilância e uma com atuação na Gerência de Atenção, no âmbito da SEMUS. O grupo se reuniu nas datas 30 de novembro de 2020 e 08 de abril de 2021, na Secretaria Municipal de Saúde, em sala reservada para essa finalidade.

O grupo focal do COPEMI-TV também ocorreu em dois encontros. O primeiro no dia 16/09/2020 e o segundo na data 07/10/2020. Anteriormente a 2018, existia apenas o Comitê de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil. A partir de 2018, passou a ser incluído, em seu leque de atuação, a incorporação da função de Comitê de Transmissão Vertical, denominando-se COPEMI-TV, sendo sua atuação normatizada pelo Decreto 17.551 de 29 de outubro de 2018 (VITÓRIA, 2018). O grupo foi composto por oito pessoas, todas do sexo feminino, com idades entre 38 a 62 anos, com tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde variando de 12 a 30 anos, todas com participação no COPEMI-TV, a partir da publicação do Decreto 17.551, sendo quatro médicas, duas enfermeiras, uma odontóloga e uma assistente social (que também participava do GT da Sífilis, optando por participar apenas no grupo do COPEMI-TV). Esses dois encontros ocorreram na Secretaria Municipal de Saúde, em sala reservada para essa finalidade.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, no local de trabalho com 29 médicos, 29 enfermeiros e 29 referências da sífilis, num total de um profissional de cada categoria por unidade de saúde. A primeira ocorreu no dia 30/10/2020 e a última no dia 09 de novembro de 2021. As referências de sífilis são profissionais que ocupam diversas categorias profissionais. São médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais, que atuam no monitoramento local da sífilis e se articulam com as equipes e com as áreas técnicas da Vigilância e Assistência.

Todos os encontros com os grupos focais e entrevistas individuais foram gravados e transcritos literalmente. O texto transcrito foi cuidadosamente revisado para a construção do corpus textual para sua utilização no software Iramuteq. Os dados resultantes das entrevistas do grupo focal do GT da Sífilis, com as 24 perguntas avaliativas, foram aplicados e processados por meio da análise lexical do conteúdo, em que são feitas análises de palavras, e não de respondentes (FREITAS, 2000).

Foram consideradas como facilidades: a disponibilidade de teste rápido na demanda espontânea e suspeita de gravidez; a disponibilidade de insumos de prevenção (dentre esses, material informativo, preservativos e gel lubrificante); o sistema informatizado que disponibiliza o registro de informações, incluindo ficha de notificação, extração de relatórios e monitoramento; a atuação dos agentes comunitários de saúde na captação precoce da gestante; a realização de visitas no território, na área de domicílio; e a agenda disponível para a realização do monitoramento pós-tratamento.

Apontaram-se como dificuldades: insuficiência de recursos humanos em relação à demanda de trabalho; defasagem de pediatras na rede; preenchimento das informações pelos profissionais (melhorias no registro); necessidade de deixar as equipes completas; não retorno de informações dos hospitais relativos aos casos de sífilis congênita; tratamento do parceiro; medo do tratamento; dificuldade de busca ativa em pessoas em situação de rua; conseguir que o recém-nascido com sífilis congênita venha à unidade para seguimento; desatualização do cadastro e telefones de contato.

Foram consideradas contribuições das ações do plano de enfrentamento: o acompanhamento do pré-natal com consultas e aumento de testes; a informação dos resultados do VDRL pelo laboratório para todas as unidades; a diminuição da disseminação da doença; a existência de um grupo condutor das ações de enfrentamento; a disponibilidade de informação entre referências técnicas e as unidades por meio do aplicativo *WhatsApp*; a atuação das referências da sífilis em nível local; a intensificação da notificação dos casos; a ajuda dos protocolos clínicos; evitar a transmissão da doença na gestação; evitar que a criança nasça com problemas; evitar a internação do bebê; evitar complicações para a criança no futuro; conseguir reduzir os índices da sífilis; conseguir tratar, monitorar e diminuir a disseminação da sífilis.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA O APRIMORAMENTO DO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS EM VITÓRIA (ES)

No quadriênio 2016 a 2019, Vitória apresentou aumento do número de casos notificados de sífilis em gestantes, e também da taxa de detecção da doença, acompanhando a tendência observada no estado de Espírito Santo, na região Sudeste e no Brasil.

Em Vitória, a notificação ocorreu, com maior frequência, no primeiro trimestre da gestação, e a maioria das gestantes realizou o pré-natal no município. Para efetivo desenvolvimento nessa captação, há necessidade de melhoria na busca ativa das gestantes.

Em relação ao tratamento, observou-se que o percentual em relação às gestantes foi crescente, denotando melhoria desse indicador no plano de enfrentamento da Sífilis.

A análise dos casos de sífilis congênita do quadriênio permitiu concluir que o não tratamento, o tratamento inadequado da gestante – dentre as que realizaram

pré-natal - e a reinfecção foram os principais fatores que influenciaram o surgimento dos casos de SC, sinalizando a necessidade de avanços na qualidade do pré-natal.

Quanto aos casos de sífilis adquirida do citado quadriênio, embora o município de Vitória tenha apresentado melhorias gradativas no percentual de tratamento adequado da sífilis adquirida, o percentual de monitoramento adequado ainda se encontra distante do almejado, significando um desafio para o serviço de saúde e a gestão. Tais resultados apontam para a necessidade de reavaliação de estratégias, no sentido do aprimoramento, com ênfase ao monitoramento da doença.

Acerca de sugestões para a superação de algumas dificuldades apontadas na abordagem qualitativa, destacam-se: a implementação de estratégias e ações que busquem a adesão dos parceiros ao tratamento; parcerias com as instituições de ensino para o desenvolvimento de projetos de extensão e projetos de pesquisa de intervenção com esse objeto; a utilização da potência do sistema de informação Rede Bem-Estar para contribuir no aprimoramento do monitoramento dos casos e a pactuação de metas de monitoramento.

Quanto à adesão do parceiro, sugere-se organização e acolhimento com instauração de vínculo terapêutico, criação de espaços ao homem na APS, comunicação do diagnóstico, agilidade no atendimento, sigilo e privacidade, busca de interação com o homem/ações educativas, quando do comparecimento em outros serviços (acompanhamento da hipertensão, diabetes, atendimento odontológico, curativos e vacinas).

Relativo aos casos de sífilis congênita atendidos em hospitais, sugere-se que os serviços de referência (hospitais/ambulatorios especializados) sejam notificados com relação à necessidade da informação do acompanhamento dos casos, tanto ao Programa de Saúde da Criança, quanto à unidade de saúde do território de residência da criança e que seja estabelecida uma forma sistematizada dessas devolutivas.

Recomenda-se, ainda, a realização de ações conjuntas (gestão/profissionais) para a atualização contínua dos cadastros das gestantes/parceiros.

SOBRE A AUTORA

Mara Rejane Barroso Barcelos (Autora e Organizadora)

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 1990. Especialista em Saúde Coletiva (2011) e em Epidemiologia e Gestão dos Serviços de Saúde pela UFES (2012). Mestre em Doenças Infecciosas pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da UFES (2005). Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Saúde Coletiva da UFES (2021). Professora Adjunta do Curso de Medicina da UFES. Membro do Grupo de Pesquisa CuidarTech. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC).

Registros no Lattes e Orcid: <http://lattes.cnpq.br/0607193448491008>

<https://orcid.org/0000-0001-7288-9468>

A autora faz um agradecimento especial à Cândida Caniçali Primo por toda a colaboração prestada para a realização desta obra.

A autora agradece a todos os professores e profissionais de saúde que contribuíram para a concretização desta obra:

Arlete Frank Dutra

Cindy Amaral Barbosa

Eliane de Fátima Almeida Lima

Jonathan Gonçalves Filippon

Júlia Amorim Meireles Barroso

Karla Crozeta Figueiredo

Marcello Dala Bernardina Dalla

Mariana Porto de Sousa

Maurílio Barbosa de Oliveira da Silva

Sandra Mara Soeiro Bof

Tatiane Comerio

Thaís Barroso Vargas

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-088-8



9 786554 620888