

UNIVERSIDADE ABERTA



**A intervenção de resposta rápida à sífilis (projeto sífilis não),
entre 2018 e 2020, através da percepção das gestoras estaduais e
municipais de saúde no Brasil**

Nádia Maria da Silva Machado

**Dissertação de Mestrado em
Estudos sobre Mulheres, Género, Cidadania e Desenvolvimento**

2022

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**A intervenção de resposta rápida à sífilis (projeto sífilis não),
entre 2018 e 2020, através da percepção das gestoras estaduais e
municipais de saúde no Brasil**

Nádia Maria da Silva Machado

**Dissertação de Mestrado em
Estudos sobre Mulheres, Género, Cidadania e Desenvolvimento**

**Dissertação orientada pela
Professora Doutora Bárbara Backstrom
e coorientada pelo Professor Doutor André Luís Bonifácio de Carvalho**

dezembro, 2022

Agradecimentos

Agradecer é necessário em todos os momentos da vida, a gratidão é pela experiência de partilhar sonhos com os que fazem parte de nossa vida e crescimento pessoal e profissional. Agradeço imensamente a todos pelo apoio recebido, de familiares e amigos que dão sentido à nossa caminhada diante das dificuldades e também comemoram nossas vitórias.

Em especial, agradeço às minhas filhas pelo apoio e encorajamento ao meu crescimento ao longo deste curso.

Agradeço também ao Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, assim como ao Projeto Sífilis “NÃO” pela oportunidade de qualificação por meio deste curso.

Assim como agradecer a minha Orientadora: Professora Doutora Bárbara Bäckström e Coorientador no Brasil Professor Doutor André Luís Bonifácio de Carvalho pelo apoio e orientação.

Ao Todo!

*A minha família, razão de minha
existência.*

“Seja qual for o conteúdo do momento presente, aceite-o como se você o tivesse escolhido. Sempre trabalhe com ele, não contra ele. Torne-o seu amigo e aliado, não seu inimigo. Isso vai milagrosamente transformar toda a sua vida”.

“Eckhart Tolle”

Resumo

A sífilis gestacional e congênita é um problema de saúde pública mundial, e a mulher está vulnerável às consequências deste agravo. Uma pactuação nacional constituiu-se estratégia importante para uma intervenção em saúde. Este estudo qualitativo pesquisou o perfil das gestoras de saúde vinculadas aos municípios prioritários para a sífilis, no período de 2018 a 2020, e sua percepção sobre a importância da temática da sífilis, e os desafios desta estratégia nacional durante a pandemia da COVID-19 por meio de inquérito. Orientada por cinco eixos de investigação, foi elaborada a análise descritiva das respostas de 16 gestoras de saúde oriundas de 11 Estados e 12 municípios prioritários da sífilis. Os resultados indicaram que a capacitação de profissionais de saúde em cuidado e vigilância da sífilis é pauta prioritária para as gestoras. Que a pandemia afetou a procura e o acesso aos serviços de saúde. A não utilização do preservativo antes e durante a gravidez e a não adesão do parceiro ao pré-natal são desafios sociais de exposição ao risco. Em contrapartida, a disponibilidade de teste rápido e penicilina na unidade básica de saúde, a formação de Comitês de Investigação e a capacitação em diagnóstico e tratamento são considerados como os maiores avanços. O monitoramento de casos de sífilis gestacional por sistemas de informação figurou como o maior desafio. As gestoras esperam maior sensibilização dos governantes às questões de vulnerabilidade social que envolvem a mulher exposta à sífilis gestacional e congênita.

Palavras-chave: gestora, mulher, sífilis gestacional, sífilis congênita, vulnerabilidade

Abstract

Gestational and congenital syphilis is a global public health problem, and women are vulnerable to the consequences of this condition. A national agreement was an important strategy to intervention. This study analyzed the profile of health managers in the period from 2018 to 2020, as well as their perception of the importance of syphilis issue, the conducting of the processes, the challenges of the COVID-19 agenda, and the challenges and advances of the national strategy through a survey. A qualitative case study was carried out with 16 female health managers from 11 states and 12 priority cities for syphilis, through a survey. Guided by five research axes, a descriptive analysis was carried out on the responses of 16 health managers from 11 states and 12 priority municipalities for syphilis. The results indicated that training health professionals in syphilis care and surveillance is a priority agenda for female managers. The pandemic context affected the demand for and access to health services. The non-use of condoms before and during pregnancy and the non-adherence of the prenatal care were social challenges of exposure to risk. On the other hand, the availability of RT and penicillin in the UBS, the formation of Investigation Committees, and the training in diagnosis and treatment are considered the greatest advances. Monitoring cases of gestational syphilis by information systems was the biggest challenge. Managers seek greater awareness of government officials on issues of social vulnerability involving women exposed to gestational and congenital syphilis.

Keywords: female manager, woman, gestational syphilis, congenital syphilis, vulnerability

Índice

Introdução.....	1
Apresentação do tema.....	1
Objeto de estudo	4
Pergunta de partida	4
Objetivos.....	4
<i>Objetivo geral.....</i>	<i>4</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>5</i>
Estrutura da dissertação.....	5
1 Enquadramento Teórico.....	7
1.1 Revisão bibliográfica.....	7
1.1.1 <i>Aspectos contemporâneos da sífilis: a compreensão para o controle.</i>	7
1.1.2 <i>A vulnerabilidade na perspectiva social.....</i>	8
1.1.3 <i>A vulnerabilidade na perspectiva de género.....</i>	9
1.2 Historicidade da sífilis	11
1.2.1 <i>A origem</i>	11
1.3 Estado da arte	14
1.3.1 <i>A intervenção de resposta rápida à sífilis no brasil: uma Agenda Nacional de Ações Estratégicas de Combate à Sífilis do Brasil.....</i>	14
1.3.2 <i>A Seleção dos Municípios prioritários por meio de um Índice epidemiológico.....</i>	18
1.3.3 <i>Estratégia de Apoio de Pesquisa/Intervenção nos Municípios Prioritários.....</i>	20
1.4 Influência de género nos espaços de gestão municipal da saúde no Brasil.....	22
1.4.1 <i>O fenómeno da feminização do trabalho.....</i>	22
1.4.2 <i>Equidade de género nos espaços de trabalho no campo da saúde.....</i>	24
2 Estratégia Metodológica.....	27
2.1 As técnicas e os instrumentos da investigação	28
2.2 A definição dos participantes	31

2.3	Coleta e sistematização dos dados	32
2.4	Os pressupostos éticos.....	33
2.5	Limitações do estudo	33
3	Pesquisa empírica	34
3.1	Análise e Discussão dos Resultados	34
3.1.1	<i>Caracterização dos Participantes</i>	<i>34</i>
4	Conclusão.....	50
4.1	Considerações finais e recomendações	51
	Referências.....	53
	Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
	Anexo II - Perfil da Gestora	61

Índice de figuras

Figura 1.1: Diretrizes do Projeto de Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis	15
Figura 1.2: Distribuição dos Municípios prioritários da Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis, segundo UF, capitais e ranking epidemiológico (2017).....	19
Figura 2.1: Matriz orientadora da construção da Pesquisa – intervenção à sífilis nos municípios prioritários do Projeto Sífilis "NÃO", no período de 2018 a 2020, sob a percepção das Gestoras Municipais de Saúde	29

Índice de quadros

Quadro 1.1: Municípios prioritários por Região/UF	21
Quadro 2.1: Síntese da investigação segundo do questionário de pesquisa com gestoras municipais e estaduais da Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis 2018-2020	30
Quadro 3.1: Participação da Secretária Municipal da Saúde no CONASEMS, e atributos para a permanência na gestão no período do projeto (2021).....	36
Quadro 3.2: Frequência da pauta de Sífilis nas reuniões, no período do projeto (2021).....	37
Quadro 3.3: Ações que representam a importância da temática de sífilis em geral, e de sífilis em gestante e sífilis congênita para a gestão municipal, no período do projeto (2021).....	38
Quadro 3.4: Pactuação das ações de enfrentamento à sífilis em gestante e sífilis congênita, no período do projeto (2021)	39
Quadro 3.5: Desafios enfrentados pelas gestoras de saúde durante a pandemia, no período do projeto (2021).....	41
Quadro 3.6: Desafios a serem superados na Rede de Saúde Municipal, no período do projeto (2021).....	43
Quadro 3.7: Situação de vulnerabilidade da mulher em relação à sífilis em gestante, no período do projeto (2021).....	45
Quadro 3.8: Avanços percebidos com o enfrentamento à sífilis em gestante e congênita no âmbito da gestão municipal, no período do projeto (2021).....	47
Quadro 3.9: Sentimentos que representam a gestora de saúde na gestão das ações de enfrentamento à sífilis em gestante e congênita, no período do projeto (2021)	48

Lista de Siglas

CGIST	Coordenação Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
ENAP	Escola Nacional de Administração e Planejamento
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

Introdução

Apresentação do tema

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, estimou a incidência de 6,3 milhões de casos de sífilis no mundo. Foram 2 milhões de casos de sífilis somente na região das Américas. No Brasil, foram notificados 917.473 casos de sífilis adquirida por (100.000 habitantes) entre 2010-2021 (Brasil, 2021; Domingues et al., 2021; OMS, 2016). Tal cenário vem desafiando os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Constatou-se diminuição nos casos de sífilis entre 2019 e 2020. Houve redução significativa nas três taxas, de 26,6% em relação à detecção de sífilis adquirida, 9,4% à incidência de sífilis congênita e 0,9% à detecção em gestantes. Porém, o autor deixa claro que tal fenômeno pode estar relacionado à transferência de dados entre os entes federados, assim como possível subnotificação dos casos no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinan), fatos concernentes aos impactos ocasionados na dinâmica dos serviços de saúde do país pela pandemia de covid-19 (Brasil, 2021, p. 1; 13).

No ano de 2022 houve um crescimento ainda maior nos casos de sífilis no país, o Ministério da Saúde registrou taxa de detecção de 78,5 por (100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de 27,1 por (1.000 nascidos vivos) de sífilis em gestante, e a incidência de 9,9 por (1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de um ano (Brasil, 2022).

Os casos de sífilis adquirida entre mulheres no Brasil representaram em média 40,7% entre os anos de 2016 e 2018. Conforme recomendação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher, todas as mulheres devem ser assistidas, de forma integral e adequada, às suas necessidades de saúde. E a assistência ao pré-natal de qualidade é uma estratégia política prioritária (Brasil, 2004; Brasil, 2019a).

A maioria das mulheres infectadas pela sífilis gestacional faz parte de um perfil socioeconômico vulnerável. Segundo indicadores do Ministério da Saúde entre 2005 e 2021, 59% dessas gestantes possuíam escolaridade entre ao 4º ano

do nível fundamental 1 ao nível médio incompleto, e 67% declaram-se como pretas e pardas (Brasil, 2019a).

Os fatores de risco para a sífilis em mulheres adolescentes são considerados elevados, 67,7% delas relataram dificuldades em negociar o uso do preservativo e 36,2% não usa, o menor nível educacional (≤ 8 anos de estudo) também está associado à detecção da sífilis nessa faixa-etária. A condição social da gestante é associada a um perfil vulnerável das gestantes com sífilis (Miranda et al. 2012, pg 76).

Os serviços de saúde têm o papel fundamental, de promover principalmente na fase adolescente, informação e orientação para o despertar de uma vida sexual saudável, associado a prevenção das IST e da gravidez não planejada. Com abordagem seguindo os princípios da confidencialidade e privacidade, observando o cuidado integral, dando acesso às diferentes formas de prevenção combinada (Araújo et al., 2020).

Os fatores de risco à sífilis também pode ser observado sob o prisma das normas de gênero na sociedade patriarcal, determinantes das relações entre homem e mulher. Que fragiliza o processo de autocuidado da mulher, podendo influenciar no número de casos de sífilis entre elas. As diferenças sociais, de raça e gênero, são aspectos que se interseccionam aos indicadores de sífilis gestacional e congênita no país (Brasil, 2020; Brasil, 2020b; Nascimento et al., 2017)

Nesse contexto, é relevante também entender o patriarcado como categoria que expressa uma forma de dominação do homem a mulher ao longo da história, e desnaturaliza a submissão de um sexo a outro como fenômeno social. É importante observar os aspectos voltados ao contexto de vulnerabilidade da mulher submersa a uma relação de dominação, com pouca autonomia de seu corpo e baixo argumento para a prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Lenner, 2019; Saffiori (2019)

A mulher à frente da gestão da saúde tem um desafio importante no enfrentamento desse contexto vulnerável, hoje 65% da força de trabalho ocupadas no setor público e privado da saúde, são de mulheres, e elas estão em mais de 50% das gestoras de saúde nos municípios, entende-se que as mulheres possuem um olhar mais ampliado e integrado em relação ao cuidado em saúde, essa visão

é importante para lidar tanto com os serviços, quanto com a gestão” (CONASEMS, 2020).

No campo da saúde, o cuidado ao pré-natal de qualidade é fundamental à superação da sífilis gestacional. Trata-se de um agravo de cuidado simples, com prevenção, diagnóstico e tratamento de complexidade básica. Porém, há falhas na linha de cuidado da sífilis em gestantes, que são identificadas no processo de investigação dos casos de sífilis congênita, e detecção da Sífilis em gestantes em tempo oportuno é fundamental para evitar o desfecho da sífilis congênita. Tendo em vista que sua detecção pode acontecer durante todo o período de assistência à gestação, é necessário que a gestante receba um pré-natal de forma eficaz, segundo preconizado no protocolo nacional (Brasil, 2020a; Brasil, 2017b).

A percepção da Sífilis como um problema de saúde pública, com o aumento crescente de casos fez com que o Ministério da Saúde decretasse a epidemia de sífilis em 2016. Uma agenda nacional de enfrentamento à sífilis foi estabelecida para seu controle (Brasil, 2017a). Com essa perspectiva, em 2017, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) da Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) estabeleceu parceria para a implementação de um Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nos municípios prioritários da sífilis. Constituiu-se equipe para sua governança e gestão, e para a supervisão de um grupo de apoiadores de pesquisa/intervenção para atuação descentralizada nesse território, onde atuaram nos anos de 2018 a 2020, recorte temporal desta pesquisa.

A minha atuação direta como pesquisadora do projeto e supervisora do grupo de apoiadores de municípios da Região Sul e Sudeste possibilitou aproximação com as diretrizes e objetivos para a sua implementação. Somou-se a essa experiência, pesquisas nas linhas de Gestão e Governança do SUS, Perfil da Gestão Municipal de Saúde, e do Perfil dos (as) Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde. Essas possibilitaram maior aproximação com abordagem à gestora de saúde no contexto de atuação do Projeto, contudo, a experiência acadêmica sobre mulheres, trouxe o embasamento para estudar o contexto de vulnerabilidade da mulher em relação à sífilis.

O caráter inédito deste estudo o torna relevante, inova quando estuda a linha de cuidado da sífilis nos municípios brasileiros por meio da percepção das gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando identificar desafios e avanços na prática de gestão no controle da sífilis gestacional e congênita. Desta forma, busca-se responder como as ações de saúde de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita do Projeto Sífilis “Não” são articuladas nas estratégias das gestoras de saúde.

Espera-se que o estudo possa contribuir de alguma forma para a melhoria dos processos de gestão com foco em políticas que fortaleçam ações do cuidado de saúde para o controle da sífilis gestacional e congênita, e representar resultados passíveis de confirmação por outros estudos, ampliando a importância da investigação do tema.

Objeto de estudo

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o modo de agir da gestora de saúde do Projeto Sífilis “Não” em relação à gestão das ações e serviços para enfrentamento à Sífilis gestacional e congênita no Brasil entre os anos de 2018 e 2020

Pergunta de partida

Quais características contribuem para a atuação das gestoras de saúde no controle da sífilis gestacional e congênita?

Objetivos

Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo geral “Analisar a percepção e implementação das gestoras municipais de saúde com relação as ações de combate à sífilis em gestantes e congênita no âmbito do Projeto de Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis no Brasil nos anos de 2018-2020”.

Objetivos específicos

- Identificar as principais características da gestora municipal de saúde do Projeto de Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis;
- Analisar a percepção das gestoras sobre a importância da temática da sífilis para a gestão;
- Categorizar os aspectos da percepção como gestora e mulher para a condução dos processos de enfrentamento à sífilis.
- Analisar a percepção dos gestores sobre os desafios vinculados à agenda de enfrentamento da Covid-19 nos processos e práticas da Atenção à Sífilis;
- Analisar os desafios e avanços da Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis na percepção da gestora de saúde.

Estrutura da dissertação

A estrutura do referido trabalho consiste na divisão em 5 capítulos, organizados para refletir sobre a temática da sífilis e o modo de agir da gestora de saúde do Projeto Sífilis “Não”. O trabalho aborda a gestão das ações e serviços para enfrentamento à Sífilis gestacional e congênita, tendo como base um trabalho de campo desenvolvido segundo uma metodologia qualitativa.

Deste modo, o primeiro capítulo traz a introdução ao tema com aspectos epidemiológicos para a compreensão do problema, a definição do objeto, assim como a sua relevância para a comunidade científica. Destacam-se os objetivos geral e específicos da investigação enquanto norteadores da pesquisa.

No capítulo 2, é apresentado o enquadramento teórico, através de uma revisão bibliográfica, aspectos contemporâneos da sífilis em relação ao controle do agravo, aborda a vulnerabilidade da mulher na perspectiva social e de género. Aborda, ainda, pensadores clássicos na historicidade da sífilis, resgatando os processos históricos de descoberta e tipificação da doença, com foco na carga social atribuída às mulheres, em especial às prostitutas, para compreensão do problema no tempo.

Também são revisados no capítulo teórico o Estado da arte da política de Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis, para a compreensão das

responsabilidades sanitárias na Agenda Nacional de Combate à sífilis no país, assim como o contexto brasileiro da gestão da saúde e o empoderamento da mulher nesse papel.

A seguir, há a descrição da estratégia metodológica para a aplicação da pesquisa, que se dará por meio da observação da matriz orientadora, com a construção e aplicação de instrumentos de coleta e definição da amostra dos participantes, que são as gestoras de saúde de estados e municípios prioritários do Projeto Sífilis “NÃO” no período deste estudo.

No capítulo da pesquisa empírica, observa-se a percepção das gestoras de saúde em relação à vulnerabilidade da mulher exposta à sífilis gestacional e congênita e a identificação de barreiras relacionadas a essa vulnerabilidade. Ainda neste capítulo, estão incluídos os avanços e desafios identificados pelas gestoras no enfrentamento à sífilis, incluindo o contexto da pandemia de COVID-19 no período em estudo.

Na sequência, estruturou-se as conclusões e considerações sobre os achados da pesquisa.

1 Enquadramento Teórico

1.1 Revisão bibliográfica

1.1.1 *Aspectos contemporâneos da sífilis: a compreensão para o controle*

Define-se a Sífilis como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), curável e de caráter sistêmico e de condições crônicas, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Seu modo de transmissão pode ser sexual, vertical ou sanguíneo. A forma de transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação e implicar consequências, como aborto, natimorto, parto pré-termo, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias (Brasil, 2019b). As IST são um problema de Saúde Pública de dimensão global, e a sífilis tem capacidade de gerar graves consequências à saúde.

De acordo com Flores (2011), a sífilis congênita é resultado de iniquidades na saúde, com maior ênfase nos países subdesenvolvidos que contabilizam milhares de mortes fetais por ano, resultado de milhões de gestantes infectadas.

Contudo, compreender a forma de transmissão congênita da sífilis faz a diferença para o controle do agravo. Este ocorre, na maioria das vezes, via útero materno, é resultado de infecção pela bactéria não tratada adequadamente, e esse conhecimento passa por protocolos claros para o diagnóstico e tratamento. No diagnóstico, a maioria das mulheres infectadas é assintomática, pelo que o diagnóstico se baseia no rastreio com testes não treponêmicos nos 3 trimestres de gestação. Perante um resultado positivo deve realizar-se um teste treponêmico para confirmar o diagnóstico. A infecção não gera imunidade e a grávida pode reinfectarse na mesma gestação. Nenhum recém-nascido deve ter alta sem que seja assegurado o conhecimento da sorologia da mãe do último trimestre. E no tratamento, considera-se adequado aquele que incluiu a grávida e o parceiro, com penicilina nas doses adequadas para o estágio da doença, está completo antes do último mês de gestação e cuja eficácia foi documentada através da descida do título do exame de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) com (diminuição de 4 vezes nos 3 meses após terapêutica). A subida ou estagnação do título indicam reinfeção ou ineficácia terapêutica (BRASIL, 2020a). O diagnóstico e tratamento

da sífilis é aplicado na Atenção à Saúde, e a oferta de assistência pré-natal eficiente nos serviços de saúde é fundamental para o controle da infecção.

Segundo Domingues, corrobora a definição de transmissão da sífilis congênita, atribuindo a importância sobre sua classificação clínica:

a passagem transplacentária do treponema durante a gestação pode ocorrer em qualquer estágio clínico da sífilis materna. No entanto, a transmissão vertical é mais frequente, na sífilis recente (lesões primárias, lesões secundárias e sífilis latente recente até um ano) e se reduz com a evolução da doença para as fases tardias (latente tardia após um ano e tardia no terciarismo da sífilis (Workowski, 2015 como citado por Domingues et al., 2021 p. 52).

Modos salienta que as estratégias para garantir o acompanhamento da gestação são imprescindíveis:

é relevante se tivermos em vista a importância de se implantar uma busca ativa de casos e criar instrumentos para monitoramento das gestantes com sífilis e seus parceiros, para tratamento adequado de ambos, em tempo oportuno. Contribui, portanto, para redução dos casos de sífilis congênita no município. (Modos, 2018, p. 106).

1.1.2 A vulnerabilidade na perspectiva social

O contexto de vulnerabilidade relacionado como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais é uma realidade, esses fatores determinam um maior ou menor grau de exposição da pessoa ao HIV/AIDS. Em relação à sífilis, também, se observa, com base nos indicadores epidemiológicos da sífilis (Brasil, 2019a), que a mulher é o sujeito mais vulnerável ao agravo, e suas consequências estão suscetíveis a uma forma multifacetada de exposição ao risco.

A maioria das mulheres infectadas pela sífilis gestacional faz parte de um perfil socioeconômico vulnerável. Segundo indicadores do Ministério da Saúde entre 2005 e 2021, 59% dessas gestantes possuíam escolaridade entre ao 4º ano

do nível fundamental 1 ao nível médio incompleto, e 67% declaram-se como pretas e pardas (Brasil, 2019a).

Para Miranda et al. (2012), são consideravelmente elevados os fatores de risco para a sífilis em mulheres adolescentes. Em pesquisa com 904 mulheres nessa faixa, 67,7% relataram “não achar fácil dizer ao parceiro que não fará sexo sem preservativo” e 36,2% “não têm o que fazer”, ou seja, não usam o preservativo. Outro fator associado à sífilis identificado foi o menor “nível educacional” (<=8 anos de estudo). Os autores concluem que: “a transmissibilidade da sífilis como o HIV, não tem cara, cor, sexo, classe, condição social, no entanto, é reconhecido o perfil social vulnerável dos casos principalmente entre as gestantes” (p. 76).

1.1.3 A vulnerabilidade na perspectiva de gênero

Para Costa (2014), os fatores de risco para as IST estão além dos aspectos sócio educacionais: “as mulheres são especialmente mais vulneráveis às IST por características biológicas, questões de gênero e social, que impõem a elas condições de submissão e inferioridade em relação aos homens, privando-as, inclusive, do poder de decisão acerca da atividade sexual com proteção; atividade sexual precoce, baixa escolaridade, baixa renda e à dependência econômica das mulheres, especialmente nos países em desenvolvimento” (Costa et al., 2014).

Ainda para Costa, está relacionada a vulnerabilidade da mulher ao risco às IST, a falta de informação adequada a questões de gênero, vinculadas ao comportamento dessas mulheres e suas parcerias: “além disso, existe a falta de percepção da população feminina em contrair uma IST, visto que as mesmas atrelam esse risco em outras mulheres e não em si mesmas. Destaca-se também, que a maioria das mulheres associa o uso do preservativo como forma de evitar uma gravidez não planejada e não como prevenção para esses agravos” (Costa et al., 2014).

Lélia Gonzalez (2020) percebe a sociedade brasileira pautada em estruturas de entendimentos engendrados que pautam o racismo, as desigualdades de gênero e classe e impedem a construção de uma democracia social. E assim como entender o Brasil é necessário para transformá-lo menos desigual, é reconhecido que as questões que se interseccionam com os casos de sífilis congênita, também

precisam ser estudados a luz o processo histórico, e que leva a novas possibilidades não só de conhecimento, mas também de mudança real.

Para Nascimento et al. (2017), houve uma mudança mundial no perfil epidemiológico das IST nas décadas anteriores, com o aumento dos casos entre mulheres. No Brasil, estas enfrentam preconceitos relacionados a gênero e relações sexuais e reprodutivas. Compreender as questões que envolvem o contexto de vulnerabilidade é fundamental para a atuação da gestão de forma estratégica e assertiva.

Com base nos estudos sociais sobre mulheres, são inúmeras as possibilidades relacionadas às questões que levam ao grande número de gestantes infectadas, possivelmente de forma interseccional a questões sociais. Para Bell Hooks: “não há como defender a causa das mulheres sem estabelecer pesos e medidas para as diferenças sociais, de raça e gênero” (Hooks, 2015). Segundo o referencial, o perfil socioeconômico das mulheres e bebês infectados pela sífilis reforça as questões levantadas pela autora, condição que aumenta a exposição ao risco.

Sob a ótica da construção social de gênero, o conceito de diferenças construídas culturalmente em torno da visão de superioridade do homem em relação a mulher, é resultado de uma sociedade patriarcal. O estudo de Machado et al. (2021) apontam a importância de se problematizar a socialização de gênero com mulheres, mães e filhas adolescentes, visando romper com a naturalização da opressão feminina reproduzidas desde o seio familiar, identificando os serviços de atenção primária à saúde como sendo um local propício para esse fim, por serem espaços de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A vulnerabilidade pode ser definida como uma situação resultante de um conjunto de fatores individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento. Dessa forma, sua definição pode ser aplicada a uma pessoa ou a um grupo social conforme a capacidade de prevenir, de resistir e de contornar potenciais impactos. (Rodrigues et al., 2012).

Ainda conforme Nascimento et al. (2017), a diversidade de parceiros sexuais, assimetria nas relações entre mulheres e homens, dogmas religiosos e implicações morais são questões que expõem o público feminino às doenças, aumentando a vulnerabilidade das mulheres às infecções. O enfrentamento das IST passa por identificar questões que fragilizam a eficácia do cuidado em saúde no SUS.

1.2 Historicidade da sífilis

1.2.1 A origem

A origem da sífilis é um debate que, ainda, desencadeia diversas discussões. Elucidar o questionamento envolvendo como se deu o seu surgimento no mundo ainda é um fator polêmico aos historiadores. Teorias indicam que a patologia está relacionada às localidades geográficas da América, África Meridional e à Ásia. Dentre essas hipóteses, segundo Azulay (1988), a América destaca-se com hipótese mais fundamentada pela existência de alterações ósseas de natureza sífilítica em fósseis americanos do ano de (1492), e a verificação da epidemia de sífilis na Europa no século XV.

No entanto, Azulay (1988) também observa a teoria sobre a origem africana e asiática da doença, e tem fortes indícios observados no tratado do médico chinês Hongty (2.637 a.C.), assim como estende as possibilidades para o início da doença na Europa por meio de Átila (450 d.C.) e por Tarmelão I (1.405 d.C.).

Os estudos mostram as dificuldades para o diagnóstico da sífilis, isso porque havia outras doenças, cujos sintomas eram semelhantes a ela, causando confusão, por exemplo, com a gonorreia. Isso, porém, se encerrou no ano de 1767 com a distinção por Balfour. Assim, também, se dava a confusão no diagnóstico dos tipos de cancros, quando, em 1786, Hunter descreveu as características do cancro sífilítico. Estes foram descritos muito antes da descoberta de Fourmier responsável pela descrição geral da sífilis (Azulay, 1988).

A descoberta da bactéria transmissora da sífilis se deu em Berlin (Alemanha) em 1905, por Fritz Schaudinn, que intitulou o achado de *Spirochaetta pallida*, modificando posteriormente para *Treponema pallidum* (Souza, 2005).

Autores retratam que a concepção social da sífilis na Europa influenciou a concepção social da sífilis no Brasil. O processo colonizador da Europa oportunizou trocas de culturas e doenças na América. Porém, o autor não descarta a sugestão do continente americano como precursor da doença (Ujvari, 2008). Nessa formação social brasileira, a sífilis era vinculada ao comportamento moral do doente, por ocasião da característica da transmissão sexual, por meio do contato contínuo com lesões, o que remeteria a pessoas com hábitos sexuais imorais na sociedade. E esta era levada à marginalização social, quando da presença de manifestações dermatológicas da doença (Sontag, 1984).

A expressão "mal venéreo", destinada ao infortúnio da sífilis, foi desassociada entre o século XIX e XX, possibilitando uma expectativa conceitual diferente em relação à doença amenizando o estigma de vergonha e morte. Nessa perspectiva, foi possível ser vista sua transmissão por contágio e não mais por punição por conotação moral (Carrara, 1996). O colonialismo europeu no país impactou, diretamente, o contexto cultural e social do cotidiano dos nativos, principalmente com a vinda dos africanos posteriormente.

A miscigenação das raças utilizada como forma de domínio econômico, propiciou à depravação sexual a condição dos colonizados, essa troca não apenas cultural, trouxe a disseminação de várias doenças aos povos que ali coabitavam. Assim, o contexto favoreceu a condição de transmissão da sífilis, iniciou o flagelo social por séculos no país. E, por vários momentos, vivenciaram-se surtos da doença proveniente dos fatores relacionados ao crescimento das cidades, industrialização e precarização da saúde pública (Carrara, 1996).

Portanto, é possível observar que a compreensão da sífilis como um problema de saúde pública foi um resultado de séculos de crescimento da sociedade, da medicina, mais especificamente após as descobertas da microbiologia, nos séculos XVIII e XIX (Braga, 2018).

Segundo Carrara (1996):

se a sífilis era um mal necessário, um merecido castigo, um elemento importante na dissuasão sexual, como queriam muitos, porque erradicá-la? Por que o Estado deveria se ocupar, com dinheiro dos cidadãos "honestos", em sanar gratuitamente os males daqueles que bem os haviam procurado? O estigma impedia assim que a sífilis se transformasse em problema de saúde pública como outras endemias e epidemias, contribuindo para que um mal que se revelava de consequência tão desastrosas para a nação permanecesse adstrito à esfera privada, como aliás, todas as questões referentes à sexualidade (Carraca, 1996, pp.134-135).

As mudanças vieram com as descobertas da medicina, que possibilitaram diminuir o estigma sobre a sífilis relacionado ao sexo, e este ser visto apenas como veículo de proliferação da doença, afastando a teoria moral empregada. Contudo, essa visão se deu principalmente no meio médico, ao observarem que a rejeição social somente dificultava o paciente de procurar o auxílio profissional.

É importante considerar, na história da doença no Brasil, a influência religiosa que dominou grandes sociedades, adeptos da concepção social moralista que estigmatizava a sexualidade, e os comportamentos que divergiam dos padrões da igreja, esses vinculados ao flagelo da sífilis (Vainfas, 1986). O contexto histórico brasileiro da industrialização, abolição da escravatura e imigração no país, trouxe a miséria, a prostituição, o desemprego e a urbanização das cidades. Consequentemente, o crescimento populacional desordenado sobrecarregando a saúde pública.

E, nesse cenário, os sífilíticos encontravam-se entre as prostitutas, imigrantes, militares, mulheres domésticas, negros alforriados e escravos e descendente desse grupo. Já em 1840, as prostitutas, maiores vítimas da sífilis e da discriminação social, estigmatizadas por depravação, luxúria e pecado eram vistas como uma ameaça à integridade moral e física das pessoas (Carrara, 1996).

O movimento em combate ao “mal venéreo” veio com as campanhas ao final do século XIX no país, direcionadas à regulamentação sanitária e tinham como público as prostitutas, com intuito do controle médico regular e obrigatório (Carrara, 1996). Enfim, um século depois, em 1940, foi realizado no Brasil a 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, fruto das reivindicações para a implementação

das medidas estabelecidas na reforma do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nesse contexto de reorganização estatal da saúde, foi promovida a reforma sanitária, e a constatação de eficácia da penicilina já nos anos 40, possibilitando maior controle da epidemia de sífilis no país (Carrara, 1996).

1.3 Estado da arte

1.3.1 A intervenção de resposta rápida à sífilis no Brasil: uma Agenda Nacional de Ações Estratégicas de Combate à Sífilis do Brasil

No ano de 2016, o Ministério da Saúde decretou epidemia de sífilis no país, e estabeleceu uma Agenda Nacional para Intervenção ao avanço da sífilis pactuada entre os gestores da federação. Esta visava ao controle da doença por meio da implementação de ações estratégicas em âmbito nacional. Lançada em 2017, a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, alinhada à Organização Mundial de Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde, constituiu prioridades em vista à qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis.

Esse compromisso articulou todas as áreas do Ministério da Saúde, conselhos representativos e de classe entre outros como objetivo de renovação da pactuação de reduzir a sífilis adquirida, a sífilis em gestantes e a sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2017a). O plano estratégico da agenda visava à implementação de ações estratégicas e prioritárias, com o objetivo de reduzir a sífilis adquirida, a sífilis na gestação e a sífilis congênita no Brasil.

A atuação se deu em seis eixos: resposta rápida a sífilis nas Redes de Atenção à Saúde; Educomunicação; Qualificação de Informações Estratégicas; Fortalecimento da parceria do MS com outros atores; Ampliação dos Comitês de Investigação de Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais; Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. A Agenda foi renovada junto aos parceiros para os anos de 2020 a 2021. O cenário epidemiológico da época impulsionou a pactuação da Agenda entre gestores federais, estaduais e municipais.

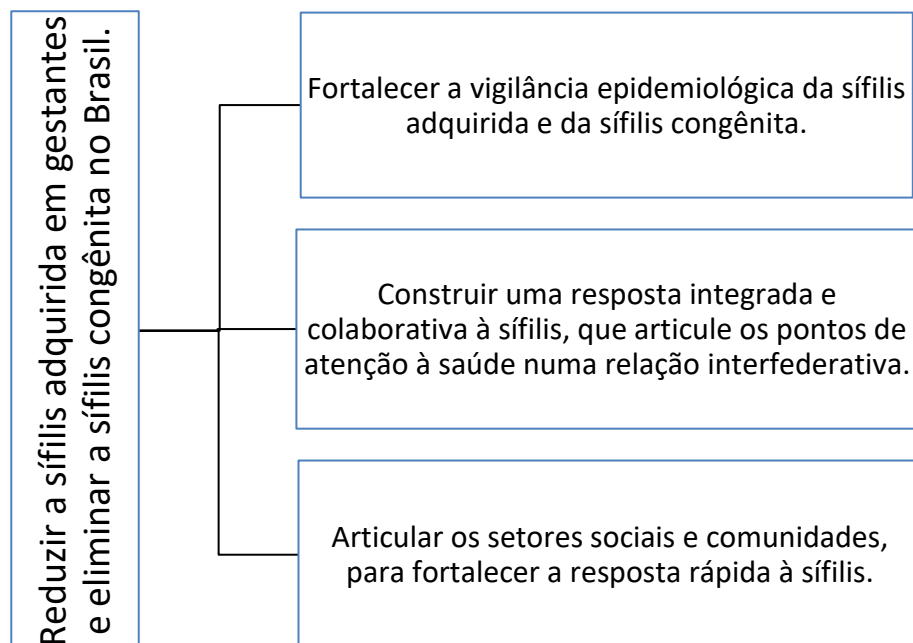
Diante da pactuação dos gestores e o apoio orçamentário federal, a estratégia nacional foi estabelecida, por meio da "Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis," mas conhecido por Projeto Sífilis "NÃO". Este buscava implementar uma Resposta Rápida ao Enfrentamento da Sífilis nas Redes de Atenção, em atendimento aos objetivos da estratégia nacional. (UFRN, 2017).

Contudo, esse projeto teve por objetivo geral contribuir para a redução da sífilis adquirida e em gestantes, e para a eliminação da sífilis congênita no Brasil. Este foi concebido em cooperação técnica entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

1.3.1.1 Projeto de Sífilis "NÃO": diretrizes e estrutura

A magnitude do problema a ser enfrentado requereu um projeto de estrutura abrangente, com objetivos definidos para a implementação de uma estratégia de indução nacional. Esses estavam alinhados à Agenda Nacional de Ações Estratégicas de Enfrentamento à Sífilis publicada em 2017.

Figura 1.1: Diretrizes do Projeto de Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis



Fonte: elaborada pela autora com base em Lucas et al. (2019).

Os objetivos definidos previam ações conjuntas e colaborativas que possibilitasse um trabalho integrado entre vigilância e atenção à saúde no território. Esses foram orientados sob quatro eixos estratégicos de cooperação que visavam à vigilância, gestão e governança, assistência e educomunicação (UFRN, 2017).

1.3.1.2 Eixos estratégicos do projeto

1.3.1.2.1 Vigilância em Saúde

O eixo de vigilância em saúde priorizou o fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas. Segundo UFRN (2017), a qualificação das informações epidemiológicas é fundamental para embasar as políticas de vigilância em saúde. Para isso, Lucas et al. (2019) ressalta a notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e fechamento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita como ações relevantes ao alcance dessa resposta rápida à sífilis.

1.3.1.2.2 Rede de atenção à saúde (assistência à saúde)

Intervir no cuidado a gestante com sífilis, à criança exposta à sífilis e com sífilis congênita abordam distintos pontos da rede de atenção à saúde. Contudo, operacionalizar a linha de cuidado dessas crianças na atenção é de responsabilidade comum dos entes federados. (Brasil, 2020a). A atuação nesse eixo foi desafiadora ao projeto e aos diferentes níveis de complexidade nas redes de atenção, assim como os pontos de prevenção, tratamento e seguimento direcionados a populações-chave são fundamentais para a intervenção. Além disso, houve previsão do aumento da cobertura de diagnóstico e tratamento, assim com a ampliação e implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos estados e municípios.

1.3.1.2.3 Gestão e governança

O trabalho cooperativo entre os Entes federados é uma premissa do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988). Nesse ponto, para Lucas et al. (2019), a Gestão e Governança para o Fortalecimento da integração e interdependência dos gestores estaduais e municipais desse projeto é indispensável para se alcançar uma rede cooperativa com instâncias de homologação e deliberação em cada

território. Esse projeto priorizou o referido eixo, também com o objetivo de fortalecimento de ações intersetoriais no território para uma ação colaborativa, relativa à operacionalização da resposta à sífilis nas redes de atenção.

Nessa perspectiva, considerou-se importante também investir na geração de conhecimento sobre as temáticas abordadas de enfrentamento à sífilis, e no monitoramento das ações do projeto. Houve a instalação de uma sala de situação nacional, voltada à prática da tomada de decisão e o fortalecimento da gestão e priorização da prática profissional.

Vale ressaltar que o monitoramento das ações do projeto tem implementação no nível operacional juntamente à UFRN/LAÍS, e, em nível central no Ministério da Saúde (MS). Este, principalmente, em relação às ações desenvolvidas na estratégia de apoio institucional descentralizada de pesquisa-ação do projeto.

1.3.1.2.4 Educomunicação

A operacionalização de um ecossistema comunicativo com relações amplas e sólidas entre comunicação e educação foi fundamental na estratégia. Para isso, segundo Lucas et al. (2019), o uso de mediação tecnológica com foco na educação possibilitou a disseminação de informações mediadas por tecnologias da informação e comunicação. Este foi um eixo identificado como potencial motivacional do projeto.

O Projeto Sífilis "NÃO" foi operacionalizado por meio de duas linhas de indução, o apoio institucional e a cooperação técnica. Estas referem-se a Ações de abrangência universal, que impactam todo o território nacional. Independentemente da condição epidemiológica, e ações com estados e municípios-chave, para municípios estabelecidos como prioritários, impactam de forma diferenciada em locais estratégicos para uma resposta rápida à epidemia. A seleção dos municípios prioritários considerou o número de habitantes e o índice composto de sífilis por município.

As demandas de organização das redes de atenção, de ordem educacional, integração, vigilância e atenção, também são prioridades desse eixo. Para isso, identificou-se a necessidade de maior articulação com as organizações não

governamentais e de ações de comunicação que pautem a temática da sífilis em mídias sociais, e nas pautas políticas e institucionais.

1.3.2 A Seleção dos Municípios prioritários por meio de um Índice epidemiológico

Para criar o índice composto de sífilis, construiu-se metodologia que priorizou os critérios populacionais, assim como instituiu-se um *ranking* de prioridade segundo os indicadores de sífilis congênita em menores de um ano e a taxa de mortalidade perinatal.

todas as capitais fazem parte da proposta na prioridade 1. Em seguida, como prioridade 2, foram considerados todos os municípios da região metropolitana de capitais, com mais de cem mil habitantes, que apresentaram índice composto acima de 5,4 (o índice composto médio das capitais foi de 5,5). Por fim, para o terceiro e último momento de implantação da proposta, foram selecionados os municípios não pertencentes a regiões metropolitanas de capitais, com mais de cem mil habitantes que também apresentaram índice composto acima de 5,4, compondo o grupo de prioridade 3, totalizando 100 municípios distribuídos por todo o país (Lucas, 2019, p. 13).

Os municípios de prioridade 1 representam (36,7%), os de prioridade 2 (14,6%), e os de prioridade 3 (6,4%) do total de casos de sífilis congênita em menores de um ano em 2015, juntos têm um total de 60% do total de casos do país (UFRN, 2017).

A distribuição desses municípios no país, principalmente nos dois primeiros grupos, considerou critérios que agregaram municípios com maiores taxas de sífilis congênita, ou seja, capitais e sua rede metropolitana. Os cem municípios correspondem a 31% da população brasileira (64.271.031 hab.) distribuídos em 70 regiões de saúde brasileira (16% do total nacional) (URFN, 2017).

Na Tabela 1, é possível observar o *ranking* e quantitativo dos 100 municípios prioritários por estado para a implantação do Projeto Interfederativo. As capitais classificaram-se com maior índice, conseqüentemente maiores taxas de sífilis congênita e mortalidade perinatal.

Figura 1.2: Distribuição dos Municípios prioritários da Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis, segundo UF, capitais e ranking epidemiológico (2017)

Ranking	Capitais	UF	Nº Municípios
1º	Porto Alegre	RS	12
2º	Recife	PE	8
3º	Fortaleza	CE	3
4º	Rio de Janeiro	RJ	14
5º	Maceió	AL	1
6º	Salvador	BA	4
7º	Natal	RN	2
8º	Teresina	PI	2
9º	Vitória	ES	7
10º	João Pessoa	PB	2
11º	Aracaju	SE	2
12º	Palmas	TO	2
13º	São Luís	MA	3
14º	Florianópolis	SC	3
15º	Belo Horizonte	MG	8
16º	Cuiabá	MT	1
17º	Porto Velho	RO	1
18º	Campo Grande	MS	2
19º	Rio Branco	AC	1
20º	São Paulo	SP	9
21º	Manaus	AM	1
22º	Curitiba	PR	2
23º	Belém	PA	5
24º	Macapá	AP	1
25º	Brasília	DF	1
26º	Goiânia	GO	2
27º	Boa Vista	RR	1
	27	27	100

Fonte: tabela adaptada com base na Distribuição dos municípios selecionados para o Projeto Interfederativo, UFRN (2017).

1.3.3 Estratégia de Apoio de Pesquisa/Intervenção nos Municípios Prioritários

Conforme levantamento bibliográfico de experiências de implantação do citado projeto em municípios brasileiros, pode-se dizer que o “Método Paideia” de Gastão Wagner criado no ano de 2003, orientou o modelo de apoio institucional desta estratégia de gestão. Este refere-se a um método para análise de cogestão de coletivos – centrado nos conceitos de valor de uso; constituição de sujeito; e democracia em organizações. A função apoio compreende a micropolítica do processo de trabalho em saúde, segundo ferramentas e o conhecimento de um apoio centrada no conceito de cuidado e na educação permanente em saúde (Priamo et al., 2021).

A proposta de apoio institucional constitui-se em um método de gestão que difere do modelo tradicional de administração de recursos humanos, pois incorpora o sujeito apoiador dentro no processo institucional, com atribuições compartilhadas com a gestão de acompanhar, conduzir e avaliar ações em saúde. Portanto, são formas horizontalizadas de se construírem contratos de gestão e análise de coletivos, abrindo diálogo entre gestores e trabalhadores para na criação e condução de propostas para o trabalho em saúde (UFRN, 2018).

Nessa perspectiva, desenvolveu-se uma modelagem de apoio institucional que para atender os eixos que orientaram a implementação do Projeto “Sífilis Não”: educomunicação; vigilância em saúde; cuidado integral; gestão e governança. Pode se dizer que o fortalecimento das práticas de gestão no território é considerado prioridade para se potencializar a autonomia entre os entes federados. A promoção de uma rede de comunicação para a interação entre gestores foi fundamental para a implementação da estratégia de Apoio Institucional para o enfrentamento da sífilis.

A implementação da estratégia de apoio institucional no projeto foi pensada na perspectiva de construir maior aproximação entre os sujeitos envolvidos na

atenção à saúde da sífilis no território, fomentando um olhar diferenciado para a discussão dos problemas de saúde.

Sob as premissas de cooperação acima citadas, o grupo de apoio institucional de pesquisa/intervenção foi constituído no projeto no início de 2018. E, por meio do “Edital de Apoiadores de Pesquisa e Intervenção do Projeto Integração Inteligente Aplicada ao Fortalecimento da Rede de Resposta Rápida à Sífilis – Projeto Sífilis Não – Edital n.º 01 de 16 de janeiro de 2018”, foram selecionados 52 (cinquenta e dois) Apoiadores de Pesquisa e Intervenção, para atuação em 72 (setenta e dois) dos 100 municípios prioritários identificados epidemiologicamente, conforme quadro 1.

Quadro 1.1: Municípios prioritários por Região/UF

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO
CENTRO OESTE	MS	Campo Grande
	MT	Cuiabá
	DF	Brasília
	GO	Luziânia e Goiânia
NORDESTE	PE	Recife; Olinda; Camaragibe;Jaboatão;Igarassu; São Lourenço da Mata; Cabo de Santo Agostinho
	RN	Natal;Parnamirim
	BA	Salvador;Camaçari
	CE	Fortaleza;Maracanaú;Caucaia
	PI	Teresina;Timon
	MA	Paço do Lumiar;São Luís
	AL	Maceió
	PB	João Pessoa;Santa Rita
SE	Aracaju	
SUDESTE	RJ	Rio de Janeiro;Itaboraí;Niterói;São Gonçalo;Maricá;Nova Iguaçu;Nilópolis;Belfort Roxo Queimados;Magé;Duque de Caxias;Mesquita;São João Meriti
	SP	São Paulo;Itaquaquecetuba
	ES	Vitória;Vila Velha;Serra;Guarapari;Cariacica
	MG	Belo Horizonte;Ribeirão das Neves;Sabará;Vespasiano;Santa Luzia
SUL	RS	Porto Alegre
	SC	Florianópolis
	PR	Curitiba; Almirante Tramandará
NORTE	AC	Rio Branco
	RR	Boa Vista
	TO	Palmas
	AP	Macapá
	AM	Manaus
	RO	Porto Velho

Fonte: quadro adaptado de Municípios-chave por Região (Lucas, 2019).

Para o acompanhamento dessa equipe de apoiadores descentralizados nos municípios prioritários, foi formada equipe de 5 (cinco) supervisores regionais, atuando em conjunto com a Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções

Sexualmente Transmissíveis – DCCI/SVS/MS e a coordenação do projeto na UFRN. Os supervisores tinham a competência de auxiliar os apoiadores na formulação e implementação de atividades a serem desenvolvidas no território, com instrumentos de planejamento e monitoramento para o trabalho em campo.

Durante toda a implementação do Projeto “Sífilis Não”, as mais diversas formas de barreiras e entraves de ordem estratégica operacional, pessoal, logístico para o avanço de etapas foram experiência desse projeto, assim como o processo de apoio da supervisão. Fortalecendo a lógica de apoio na figura do apoiador institucional (Carneiro & Santiago, 2021).

Segundo Ouverney et al. (2019), a busca por apoio em relação à construção dos instrumentos de gestão como Plano Municipal, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde, é uma ação que está no radar dos gestores municipais de saúde, pois este atende à necessidade local de planejamento de saúde.

O grupo de apoiadores atuou nos territórios prioritários da sífilis entre maio de 2018 e dezembro de 2020 e em conjunto a equipe de supervisores passou por processos de formação sobre sua atuação de apoiadores, alinhamento sobre as diretrizes terapêuticas das IST, assim como encontros para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas no território.

Este estudo visa analisar as gestoras de saúde de 12 municípios prioritários acompanhados pela equipe de apoiadores e supervisores, assim como observar o desenvolvimento das ações desses territórios.

1.4 Influência de gênero nos espaços de gestão municipal da saúde no Brasil

1.4.1 O fenômeno da feminização do trabalho.

É crescente a ocupação de cargos de gestão/direção por mulheres no país. Porém, é preciso compreender que essa ocupação, ainda, é um percentual ínfimo em relação à presença de homens nesses espaços. Segundo Loureiro, as mulheres ocupam, apenas, 14% desses cargos mesmo que elas liderem em 63% os profissionais formados no país (Loureiro & Ikeda, 2013). Essa realidade pôde ser

observada em relação ao perfil da gestão do Projeto Sífilis “NÃO”, em que, apenas, 35% dos gestores eram mulheres, e estavam em relação de igualdade segundo a formação em nível de pós-graduação em relação aos homens.

Para Metz (2015), a qualificação da mão de obra dos trabalhadores precede a excelência de mercado buscado por organizações. Essa realidade oportunizou a presença das mulheres no mercado de trabalho, mesmo com grande enfrentamento em relação à igualdade de direitos. Loureiro e Ikeda (2013) salientam que compreender esse processo é um fator muito importante para podermos avaliar o desafio das mulheres ao assumir um papel de liderança. É preciso considerar as especificidades que permeiam os desejos e estruturas relacionadas a composição feminina, por exemplo, a formação familiar e os direitos e proteção que isso implica. Para Kanan (2010), os atos discriminatórios e sexistas são os principais fatores que afastam as mulheres dos espaços de gestão. Apesar disso, Ouverney et al. (2019) ressaltam que a área da saúde é a com maior presença feminina nos espaços de liderança. 58% dos gestores municipais de saúde no país são mulheres.

Para tanto Metz (2015) destaca o fenômeno “Teto de Vidro” para discutir os atos discriminatórios e sexistas vinculados à trajetória profissional feminina como:

um modelo de discriminação, onde a produtividade da mulher é inferior à capacidade de produção dos homens. A inserção/manutenção das mulheres no mercado de trabalho e, principalmente, em cargos de liderança é dificultada por aspectos socioculturais relacionados ao gênero e não à qualidade e à competência. Enfrentam barreiras que não são visíveis, advindas da cultura e da sociedade (Metz, 2015 como citado por Teixeira 2012, p.172).

As mulheres não esperam se tornar líderes, fator cultural presente na sociedade, reforçado na infância e na criação familiar, é preciso conscientizá-las das barreiras invisíveis que existem para afastá-las de cargos de liderança.

Ainda para Metz:

Um dos fatores que contribuiu para a inserção e manutenção das mulheres no mercado de trabalho é a questão social, ou seja, dentro da possibilidade

de se pagar menos pelo mesmo trabalho (ponto em decadência devido ao crescimento da instrução feminina) e da flexibilidade feminina como força de trabalho (horário de entrada e de saída), as mulheres são bem-vindas às empresas (Metz, 2015 como citado por Teixeira, 2012, p. 172).

Sandberg e Scovell (2013) corroboram a teoria de Metz, ressaltando que o estereótipo paira sobre a mulher bem-sucedida que se envolve com a carreira. Esta não tem vida pessoal, e sente culpa quando concilia o trabalho e a família, o que, em grande parte, gera o desinteresse de galgar cargos de liderança. O autor enfatiza a necessidade da valorização do trabalho de cuidar dos filhos pelas empresas e instituições, buscando ajudar a dividir as responsabilidades profissionais e familiares.

As abordagens sobre os problemas relacionados à inserção da mulher no mercado de trabalho e sua ascensão aos cargos de liderança são temáticas que precisam ser trazidas a luz ao estudar o perfil da gestora de saúde, principalmente por se tratar de uma profissional que cuida de mulheres em contextos de vulnerabilidade, podendo ter um entendimento mais sensibilizado ao que se refere à identificação feminina.

Abordou-se, neste capítulo sobre o empoderamento feminino na gestão, a inserção da mulher no mercado de trabalho e as barreiras existentes para sua ascensão a cargos de liderança. Esse para observar a mulher que cuida de mulheres em contexto de vulnerabilidade.

1.4.2 Equidade de gênero nos espaços de trabalho no campo da saúde.

As mulheres ocupam espaços em todas as áreas de conhecimento, com trajetórias e carreiras de forma cada vez mais consolidada, segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, elas representam 65% da força de trabalho ocupadas no setor público e privado da saúde, e esta vincula-se a uma participação efetiva com experiências exitosas no Sistema Único de Saúde, e estão relacionadas a projetos que ofertam cuidados a outras mulheres. Nessa perspectiva, a mulher também está na gestão da saúde em mais de 50% dos cargos, segundo o autor “Culturalmente as mulheres possuem um olhar amplo e

mais integrado do cuidado em saúde, essa visão é importante para lidar tanto com os serviços, quanto com a gestão” (CONASEMS, 2020).

O cenário atual de protagonismo da mulher na gestão, também reflete marcas e atravessamentos de gênero experienciadas ao longo do tempo, como Identidades de gênero como um marcador acerca da valorização de comportamentos aceitos socialmente como masculinos no âmbito da gestão em saúde, resultando na desvalorização de características comumente relacionadas ao feminino, por exemplo a experiência da maternidade, onde para a mulher assumir cargos de gestão, é preponderante o apoio da rede familiar no cuidado como os filhos (Lorenzetti et al., 2014).

A representatividade da mulher na gestão pública de saúde é destaque também em recorte regional, observado como um crescimento progressivo ao longo dos anos. Acari (2020) ressalta que as mulheres estão em maior número na gestão de municípios, no entanto, nos municípios de menor porte, haja vista, com menor competitividade ao cargo.

Segundo Ouverney et al. (2019), em pesquisa com 40% dos secretários (as) municipais de saúde, identificou que 58% desses cargos são ocupados por mulheres, pós-graduadas (49%), a maioria oriunda da atenção primária em saúde, acima de 40 anos de idade, de cor branca (59%), que tem a confiança do governo local, possuem competência técnica, com capacidade para liderar, mobilizar e dialogar para melhor gerir a saúde.

Segundo Bonan et al. (2021), a representatividade da mulher também se observa na construção de espaços na ciência, histórias de mulheres, que superaram obstáculos e se projetaram a espaços de conhecimento e de gestão até então ocupados, apenas, por homens. Aquino et al. (2021) afirmam que as mulheres constituem maioria entre pesquisadores no campo das ciências da saúde, com destaque para a produção científica.

Exemplos apontados neste subcapítulo foram e ainda são obstáculos que dificultam o papel da mulher em relação ao exercício profissional. No entanto, sua trajetória de conquistas na história é consolidada e crescente. Segundo Ouverney et al. (2019), é possível observar essa realidade entre as Secretárias Municipais de Saúde, que são maioria entre os gestores e o maior percentual de escolaridade

está entre as enfermeiras de (99%) para nível superior e (75%) para a pós-graduação.

Certamente, a mulher ocupa um papel de empoderamento frente à gestão municipal do SUS. E, para observarmos isso, será descrito o perfil das gestoras do projeto sífilis não.

2 Estratégia Metodológica

A pesquisa é de natureza exploratória, de caráter descritivo e de abordagem qualitativa. Buscou a caracterização inicial do problema segundo literatura, assim como apresenta características da população e fenômeno estudado. Conforme Minayo et al. (1993), nos estudos exploratórios, a abordagem qualitativa define o objeto de estudo, sob a revisão crítica das teorias sobre o tema. Nessa perspectiva, metodologia qualitativa utilizada foi o estudo de caso, pois o fenômeno está implicado ao ambiente da pesquisadora, ou seja, o acesso ao fenômeno torna-se muito propício de ser estudado (Gil, 2018).

Segundo Marconi e Lakatos (2003), um levantamento bibliográfico tem como objetivo limitar quais são as fontes de busca para uma pesquisa, e para este estudo foi utilizado as seguintes tipologias de materiais pesquisados: fontes secundárias - livros, artigos, dissertações, teses e relatórios sobre a implementação do Projeto Sífilis "Não", por meio das bases de dados Google acadêmico, PubMed, Scielo, BVS, e definidos sobre os fatores: idiomas em língua portuguesa (Brasil e Portugal), recorte temporal de 1993-2021, com definição de estratégia de busca: a condição da mulher no contexto da epidemia de sífilis, definido pela estratégia de busca (strategies and (woman and pregnancy) and syphilis and Brasil); assim como epistemologia feminina (gênero e contextos vulnerabilidade). Fontes primárias: com a coleta de dados por meio de questionário aplicado à população segundo definição amostral do projeto.

O questionário eletrônico aplicado foi construído de forma semiestruturada, e teve, na sua maioria, perguntas fechadas, e pré-definidas, mas que respondesse aos objetivos e métodos da pesquisa. Nesse contexto, para Creswell (2007), os tipos de dados coletados são distintos nas pesquisas qualitativas e quantitativas, correspondendo a respostas abertas e fechadas respectivamente. Foram incluídas a pesquisa, apenas, gestoras de saúde dos municípios prioritários, e que permaneceram no cargo pelo período de implementação do Projeto Sífilis "Não".

A primeira ideia para o estudo buscou construir um tema que conseguisse relacionar temáticas da Intervenção de Resposta Rápida Sífilis no Brasil, a mulher e gestora, objeto central de estudo deste curso, e a gestão de saúde brasileira.

Este, relacionado ao contexto profissional e foco de estudo da pesquisadora e à linha de gestão e governança referente ao do projeto de pesquisa abordado.

Com isso, para a identificação do problema, observou-se a mulher no contexto da sífilis, levantando-se questões de vulnerabilidade em relação a sua condição de gestante e de mãe de recém-nascidos com sífilis congênita. Assim, identificou-se, também, o perfil do gestor de saúde responsável, e por fim, investigaram-se as gestoras dos municípios prioritários em relação à percepção destas sobre a situação de implementação das ações do Projeto no seu território.

Cabe destacar que o referido instrumento foi aplicado às Secretárias Municipais de Saúde e às Coordenadoras Estaduais e Municipais da área de IST, correspondente aos municípios prioritários da sífilis, objetivando caracterizar e analisar o perfil destas, tendo como base a identificação de elementos estratégicos inerentes ao Perfil da Gestora; Trajetória Profissional; Percepção sobre a importância da temática sífilis para a gestão; Agenda de Enfrentamento a Covid-19; Percepção como gestora e mulher para a gestão do enfrentamento à sífilis.

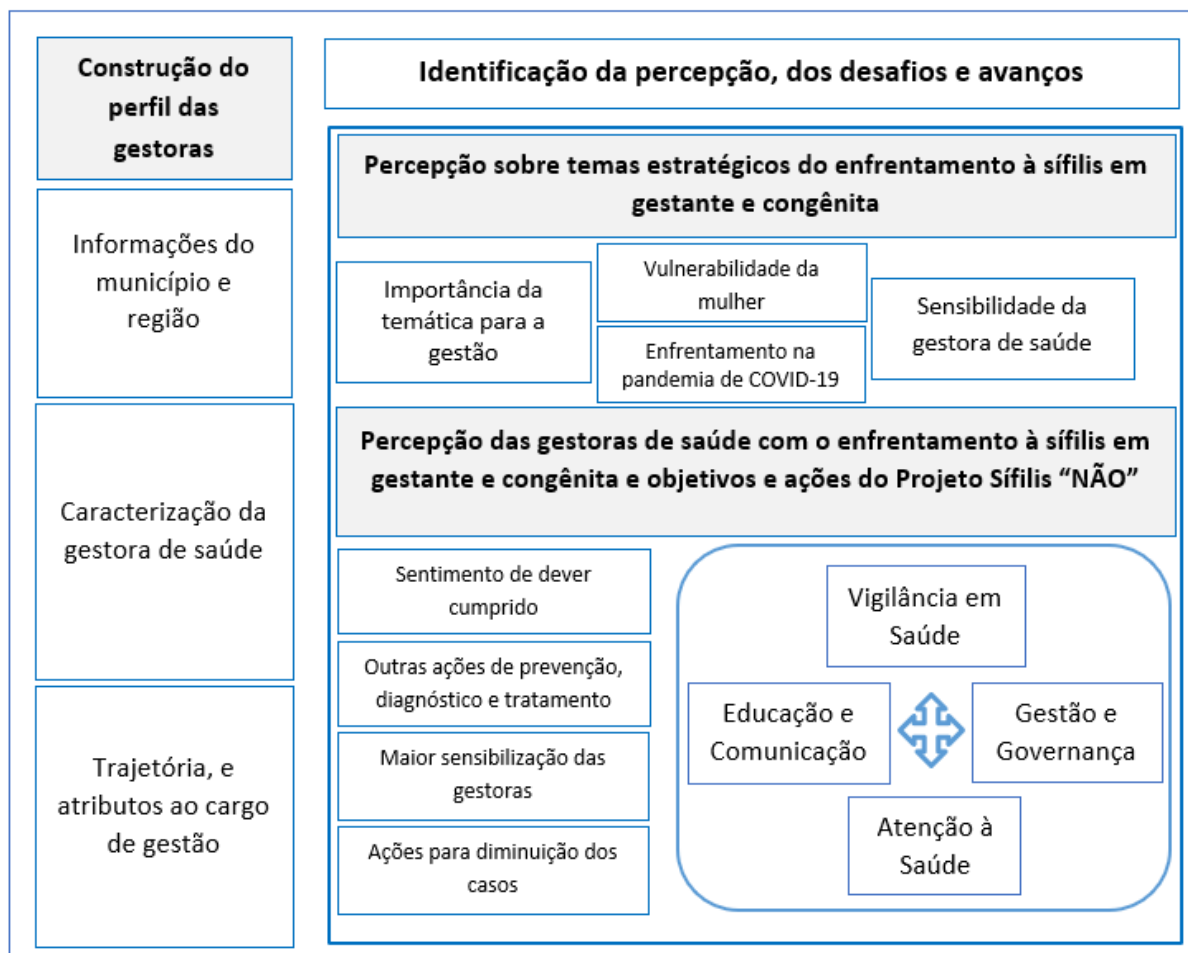
Procurou-se identificar a percepção das gestoras em relação à importância da temática sífilis para a gestão municipais e estadual, tendo como base as ações de enfrentamento às sífilis na sua gestão, no que diz respeito a sua importância no espaço político de gestão, no cotidiano de sua gestão, na pactuação governamental das ações para o seu enfrentamento, nos desafios enfrentados com a pandemia de COVID-19, e na produção de ações e serviços de saúde durante tal contexto.

Investigou-se a percepção da gestora como sujeito "mulher" na gestão do enfrentamento à sífilis em relação aos aspectos de vulnerabilidade da mulher frente à sífilis congênita. Ainda nesse contexto, os desafios e avanços percebidos no período, e os sentimentos da gestora frente a um problema de saúde pública grave afeto as mulheres.

2.1 As técnicas e os instrumentos da investigação

A construção do instrumento de pesquisa foi orientada pelo esquema metodológico para o alcance dos objetivos planejados, conforme Figura 3.1.

Figura 2.1: Matriz orientadora da construção da Pesquisa – intervenção à sífilis nos municípios prioritários do Projeto Sífilis "NÃO", no período de 2018 a 2020, sob a percepção das Gestoras Municipais de Saúde



Fonte: Pesquisa – Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis nos Municípios Prioritários do Projeto Sífilis “Não” entre 2018 e 2020 sob a percepção das gestoras municipais de saúde. Elaboração: a autora.

A definição dos eixos acima levou em consideração os aspectos de modelo de pesquisas anteriores sobre o tema (Ouverney, 2019), optou por método de análise de percepção.

Construiu-se um questionário semiestruturado com base na matriz orientadora, com questões organizadas por eixos estratégicos de investigação, elaborado com perguntas orientadas a obter uma frequência das respostas da percepção das gestoras de saúde.

Quadro 2.1: Síntese da investigação segundo do questionário de pesquisa com gestoras municipais e estaduais da Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis 2018-2020

Eixos	Descrição das variáveis	Questões
I: Perfil da gestora	Dados pessoais, formação profissional, experiência prévia	Questões: 1 a 11
II: Trajetória profissional	Trajetória política, atributos para o cargo.	Questões: 12 a 13
III: Percepção sobre a importância da temática sífilis para a gestão	Sobre a sífilis em gestante e congênita: Importância da Frequência da pauta; Pactuação de ações de enfrentamento; Características do grau de importância.	Questões: 14 a 17
IV: Agenda de Enfrentamento a Covid- 19	Desafios na produção de ações e serviços durante a Covid-19, Continuidade da oferta de ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita na pandemia;	Questões: 18 a 19
V: Percepção como gestora e mulher na gestão do enfrentamento à sífilis	Aspectos de vulnerabilidade da mulher em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita, Desafios no âmbito das ações da rede de saúde municipal; Avanços percebidos no contexto de enfrentamento; Sentimentos como mulher e gestora, frente a problemas com mulheres que precisam de acesso à linha de cuidado da sífilis.	Questões: 20 a 23

Fonte: elaborada pela autora com base em pesquisa – Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis nos Municípios Prioritários do Projeto Sífilis “Não” entre 2018 e 2020 sob a percepção das gestoras municipais de saúde.

2.2 A definição dos participantes

Em inquérito anterior desenvolvido pelo Projeto Sífilis “NÃO” em 2018, foram identificadas 24 gestoras de saúde dos municípios prioritários entre 68 participantes, destas foram identificadas as que permaneciam no cargo pelo até 2020, o total de (12) secretárias municipais de saúde.

Nesse contexto, considerando que a população estuda é definida por mulheres que atuaram na gestão do projeto sífilis “NÃO”, optou-se por ampliação amostral para abarcar coordenadoras/gerentes de área de Vigilância estadual e municipal das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que atuaram no projeto até 2020. Nessa perspectiva, foram identificadas para o envio do questionário on-line, 26 mulheres que atuaram na gestão do referido projeto (12 secretárias, 14 coordenadoras/gerentes).

Portanto, o questionário on-line foi enviado para 12 Secretárias Municipais de Saúde, 4 Coordenadoras Estaduais de Saúde, 10 Coordenadoras/Gerentes municipais de Vigilância das IST. A coleta obteve retorno de (16) gestoras de saúde do projeto sífilis, 4 secretárias municipais de saúde, 4 coordenadoras estaduais de saúde, e 8 coordenadoras/gerentes municipais de saúde, estes analisados no capítulo de resultados.

Optou-se pelo tipo de amostragem por conveniência para o estudo exploratório, considerando que a definição prévia da população a ser estudada, direcionando a amostra a uma população específica.

De acordo com Gil (2008, p. 94),

A amostragem por acessibilidade ou por conveniência constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão.

De acordo com a referência acima, a amostra da pesquisa não se prende a um rigor estatístico para a definição do universo pesquisado, usa como ponto de partida a identificação prévia das gestoras do projeto.

2.3 Coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados foi realizada entre 8 de março a 21 de julho de 2021. O instrumento da pesquisa foi composto por maioria de questões fechadas, divididas em cinco eixos, organizado com 24 questões.

Após o pré-teste, o instrumento de coleta foi disponibilizado por meio de link via internet, a todos os Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), que o direcionaram aos respectivos gestores locais. A resposta à pesquisa teve apoio do grupo de apoiadores institucionais dos conselhos. Estes contataram a gestão para informar do questionário e motivar o preenchimento. Os apoiadores recebiam um painel de monitoramento semanal contendo informações atualizadas sobre status da coleta.

Para maior garantia de respostas, o questionário eletrônico, também, foi enviado por e-mail via plataforma de pesquisa, o que possibilitou o envio de textos lembretes semanais para o preenchimento pelas gestoras, assim como garantiu maior agilidade nas estratégias da coleta.

Os resultados apresentados e discutidos neste estudo são representativos para o conjunto dos municípios que participaram do projeto Sífilis “Não” e que tinham gestoras à frente do cargo, o que não pode ser afirmado para o âmbito nacional. Portanto, os resultados são representativos para a população de respondentes, devendo ser relativizadas as afirmações e as comparações realizadas entre as unidades da federação.

Com o encerramento do prazo de coleta na plataforma Survey Monkey, os dados relativos aos questionários com preenchimento completo foram extraídos para um banco de dados no Microsoft Excel® e organizados por respondentes (municípios), unidades da federação. Para este estudo, foram considerados os dados relativos às características das gestoras e a suas percepções sobre o estágio de implementação das ações de Enfrentamento à Sífilis no seu território, a situação atual dos desafios e perspectivas de avanços, seu reconhecimento da vulnerabilidade da mulher no contexto da sífilis em gestante e congênita — principais interferências com a pandemia de COVID-19.

2.4 Os pressupostos éticos

Importante ressaltar que todas as gestoras de saúde, ao aceitarem participar da pesquisa, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vinculado ao questionário eletrônico, permitindo, assim, o uso dos dados em publicações científicas. Não houve apreciação de um comitê de ética sobre esta pesquisa dado as circunstâncias diferenciais ocasionadas pela pandemia do COVID-19.

2.5 Limitações do estudo

Ressalta-se que para além das limitações relacionadas a barreiras geográficas, e não financiamento da pesquisa, houve dificuldades para o alcance da amostra final da pesquisa (16 gestoras), ocasionadas pela falta de acesso aos gestores de saúde, considerando seu envolvimento direto com as ações de enfrentamento à pandemia do COVID-19, no mesmo período. Esta foi considerada uma limitação do estudo, pois impossibilitou uma amostra com abrangência aos gestores de saúde (homens) para abordagem de um método de comparação, possibilitando aferir o grau de sensibilização da gestora de saúde ao problema de pesquisa. Porém, indica-se, para estudos posteriores, que, em momento oportuno, possam ter uma amostra ampliada para todos os gestores do Projeto Sífilis “NÃO”.

É importante pontuar que a pesquisa e revisão bibliográfica possibilitaram a identificação do ineditismo desse tipo de estudo, ou seja, revelaram lacunas na literatura sobre o tema.

Portanto, é importante ressaltar que o planejamento da pesquisa possibilitou maior compreensão das fases e tarefas executadas para sua aplicabilidade. De forma geral, o objetivo das perguntas era observar e analisar, entre outros aspectos, a percepção das gestoras de saúde que estão à frente das ações de combate à sífilis no seu território, com as mulheres em contextos vulneráveis à sífilis gestante e congênita; qual a possível relação com as ações implementadas do seu município. Contudo, busca-se a sustentação dos referenciais teóricos para embasamento dos resultados da pesquisa.

3 Pesquisa empírica

3.1 Análise e Discussão dos Resultados

3.1.1 Caracterização dos Participantes

Conforme os dados, foram pesquisadas 16 gestoras de saúde na esfera de governo estadual e municipal. Destas 4, (25%) eram do nível estadual e 12 (75%) no nível municipal. Foram registrados três tipos de cargos diferentes entre as respostas: 4 Secretárias Municipais de Saúde, 4 Coordenadoras Estaduais de Vigilância das IST e 8 Coordenadoras Municipais de Vigilância das IST. No total foram 11 Estados respondentes, o Ceará (CE), Espírito Santo (ES), Mato Grosso (MT), Minas Gerais (MG), Paraná (PR), Pernambuco (PE), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Rondônia (RO) e São Paulo (SP), representado por 12 municípios conforme modelo amostra.

A pesquisa analisou o universo de 16 gestoras entrevistadas entre 69 municípios prioritários do projeto identificados para o recorte amostral de 24 (35%) mulheres na gestão. Segundo Ouverney et al. (2019), as mulheres ocupam 59% dos cargos de gestão de saúde nos municípios brasileiros, porém segundo Acari (2020), as mulheres estão em maior número na gestão de municípios, no entanto, nos municípios de menor porte, haja vista, com menor competitividade ao cargo, o que corrobora com Lucas et al.(2019) sobre o perfil dos municípios do projeto em estudo está centrado em capitais e municípios da região metropolitana com mais de cem mil habitantes. Portanto, as mulheres apesar de ocuparem a maioria dos cargos da gestão municipais de saúde, ainda permanecem em desigualdade em relação a expressão de poder político. Porém, Almeida (2019) alerta que por mais que exista representatividade da mulher nas instituições no âmbito público e privado e se perceba resultados no plano concreto, não significa que o sexismo está sendo eliminado, porém tomando novas formas. Os problemas que se interseccionam à inserção da mulher no mercado de trabalho e sua ascensão aos cargos de liderança precisam ser trazidas a luz da pesquisa de saúde, principalmente por se tratar de uma profissional que cuida de mulheres em contextos de vulnerabilidade.

3.1.1.1 Distribuição das gestoras por tempo de experiência de gestão na saúde

O tempo de experiência de 62% (10) das gestoras de saúde foi de mais de 10 anos de experiência no cargo, e 19% (3) informaram ter entre 5 e 10 anos de experiência em gestão da saúde, o que corrobora os dados da UFRN (2018), na análise que informou que 72% das gestoras já exerceram cargo de gestão, e 24% de gerência confirmam o nível elevado de experiência da gestão da saúde no enfrentamento à sífilis.

3.1.1.2 Distribuição das gestoras por Faixa-etária

Observa-se na análise, que 62% (10) das gestoras de saúde entrevistadas têm entre 50 e 60 anos de idade, são mulheres que estão dedicada à carreira da saúde por longo período. Conforme a UFRN e a Fiocruz (2018) em divulgação de pesquisa nacional, as gestoras estão em sua grande maioria na faixa etária entre 40-69 anos. São gestores que apresentam um acúmulo de experiência na assistência e gestão à saúde, com conhecimento dos problemas de saúde do seu território, e possivelmente com capacidade de atuar nas adversidades e vulnerabilidades das mulheres em contexto de sífilis congênita.

3.1.1.3 Distribuição das gestoras por raça/etnia

Também em relação ao quesito raça/etnia, houve convergência com a literatura. 69% (11) das gestoras declaram-se de cor branca, o que segue o padrão nacional segundo Ouverney et al. (2019) e UFRN (2018), com informação de 59% e 69% respectivamente das gestoras brancas. É um perfil diferente da mulher em contexto de vulnerabilidade à sífilis em gestante e congênita. Estas classificam-se em 67% entre pretas e pardas (Brasil, 2019a). Ou seja, a mulher negra está em maior número entre as iniquidades de saúde, porém, as políticas voltadas a sua prevenção e recuperação são pensadas e representadas por maioria de mulheres brancas. Segundo Almeida (2019), entende o racismo como ideologia ancorada em práticas sociais concretas, e essas narrativas consideram mulheres negras pouco

capazes, por isso vivem uma condição de subalternidade, com baixos salários, fora dos espaços de decisão, expostas a todo tipo de violência.

3.1.1.4 Distribuição das gestoras por escolaridade

A pesquisa mostrou que 50% (8) das gestoras de saúde respondentes são pós-graduadas em nível de especialização, assim como 37% (6) estão entre mestrado incompleto e doutorado. Segundo Fiocruz (2018), 49% das gestoras de saúde do Brasil são pós-graduadas em gestão da assistência e serviços de saúde. Entende-se que as gestoras de saúde possuem qualificação para o cargo que assumem.

3.1.1.5 Trajetória profissional (Secretárias Municipais de Saúde)

A participação da secretária municipal de saúde na diretoria do CONASEMS, segundo Ouverney et al. (2019), indica um perfil de liderança estratégica para os gestores. Dentre as secretárias respondentes, 50% (2) delas fizeram parte deste colegiado, e 75% (3) afirmaram permanecerem no cargo de gestão por competência técnica, conforme quadro 3.1.

Quadro 3.1: Participação da Secretária Municipal da Saúde no CONASEMS, e atributos para a permanência na gestão no período do projeto (2021)

Trajetória profissional (N:4)	
Fez parte da diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS	2 (50%)
Atributos que contribuíram a permanência do cargo de gestão	
Competência técnica	3 (75%)
Capacidade e Liderança Experiência em Gestão Confiança pessoal	2 (50%)

Fonte: Banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey, ano 2021. Elaboração: autora da pesquisa.

3.1.1.6 Percepção sobre a importância da temática sífilis para a gestão

Observou-se no quadro 3.2, a frequência que é discutida a pauta de sífilis nas reuniões de gestão municipal e estadual, tendo como base as ações de enfrentamento à sífilis na gestão. Constatou-se que 62,5% (10) das gestoras afirmaram que a pauta da sífilis é discutida mensalmente, e 19% (3) delas afirmaram que esta ocorre de forma quadrimestral e semestral.

Com base nos resultados da pesquisa, a temática sífilis tem frequência mensal nas pautas de discussões da gestão. É fundamental, para o acompanhamento da implementação das ações de enfrentamento ao agravo, a maior periodicidade da pauta de sífilis nas reuniões e instâncias colegiadas da gestão da saúde. Conforme Lucas et al. (2019), existe a necessidade de maior articulação com as organizações governamentais e não governamentais para a discussão da temática de sífilis, principalmente a respeito das ações de organização das redes de atenção que precisam ser pautadas nessas instâncias de negociação.

Quadro 3.2: Frequência da pauta de Sífilis nas reuniões, no período do projeto (2021)

Frequência que a pauta de sífilis é discutida nas reuniões da gestão (N:16)			
	Mensal	Quadrimestral	Semestral
Coordenadoras/Secretárias	10 (62,5%)	3 (19%)	3 (19%)

Fonte: Banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey, ano 2021. Elaboração: autora da pesquisa.

A importância da temática de sífilis em geral, para 69% (11) das gestoras, foi representada pelas ações de organização da capacitação dos profissionais no cuidado da sífilis. Assim como 50% (8) delas entendeu que a organização da capacitação dos profissionais de saúde, na vigilância da sífilis, representava maior importância da temática nos espaços de gestão. No entanto, a Implementação das ações de intervenção à sífilis, que foram pactuadas no Plano Municipal de Saúde (PMS), também foi a interpretação de maior importância entre 50% (8) delas. As gestoras também responderam sobre a importância da sífilis gestacional e

congenita nos espaços de gestão, em 87,5% (14) delas apontaram considerar “Muito importante” tais temáticas, conforme quadro 3.3.

A gestora entende que a priorização de pautas de enfrentamento da sífilis, como capacitar profissionais para o cuidado e vigilância de saúde nas ações de sífilis, são muito relevantes. O que corrobora a interpretação de Nascimento et al. (2017), ao referir-se a questões que fragilizam a eficácia do cuidado em saúde, entre outras, se relacionam com a diversidade dos parceiros sexuais, e que isso implica a assimetrias nas relações entre homens e mulheres. Contudo, os profissionais de saúde precisam estar qualificados para identificar tais fragilidades no contexto de pessoas vivendo com sífilis. As gestoras estão alinhadas em relação ao grande problema de saúde pública que representa o agravo da sífilis gestacional e congênita, e sua relevância para as ações de Intervenção. A estatística do Ministério da Saúde (2019) afirma a epidemia de sífilis em gestante com taxa de detecção de 21,8 por (1.000 nascidos vivos), e com taxa de incidência dos casos congênitos de 8,5 por (1.000 nascidos vivos) em menores de um ano no país. Segundo Domingues et al. (2021), o diagnóstico precoce da sífilis em gestante permite maior eficácia de controle dos casos de sífilis congênita ao evitar a passagem transplacentária do treponema durante a gestação. É fundamental que a gestante tenha acesso a um pré-natal eficaz durante todo o período da gestação, e é responsabilidade sanitária do gestor identificar barreiras a esse atendimento Domingues et al. (2021).

Quadro 3.3: Ações que representam a importância da temática de sífilis em geral, e de sífilis em gestante e sífilis congênita para a gestão municipal, no período do projeto (2021)

Importância da temática sífilis no espaço da gestão municipal (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias
Organização de capacidade dos profissionais de saúde referente ao cuidado da sífilis	11(69%)

Organização da capacitação dos profissionais de saúde referente a vigilância da sífilis	8 (50%)
Implementação das ações de intervenção à sífilis pactuadas no Plano Municipal de Saúde (PMS)	8 (50%)
Importância da temática sífilis gestacional e congênita no espaço da gestão municipal (N:16)	
Avaliação	Coordenadoras/ Secretárias
Importante	2 (12,5%)
Muito importante	14 (87,5%)

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

*A questão possibilitava múltipla escolha, logo o total de respostas por opção não corresponde ao total de participantes.

Observou-se no quadro 3.4, a respeito da pactuação das ações de enfrentamento à sífilis em gestante e sífilis congênita, 56% (9) das gestoras informaram que tais ações foram pactuadas no Plano Municipal de Saúde (PMS), e 25% (4) delas respondeu que as ações foram pactuadas em outros instrumentos institucionais da política de enfrentamento à sífilis. 19% (3) apenas mencionaram o Plano de enfrentamento de Resposta Rápida à Sífilis. Ouverney et al. (2019) identifica-se, nesse sentido, a importância dessas pactuações. Destaca o gestor municipal de saúde, na busca por apoio para a construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde), para atender à necessidade local de planejamento de saúde.

Quadro 3.4: Pactuação das ações de enfrentamento à sífilis em gestante e sífilis congênita, no período do projeto (2021)

Pactuação de ações de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita (N:16)

Respostas	Coordenadoras/ Secretárias
Sim, no Plano Municipal de Saúde (PMS)	9 (56%)
Sim, no Plano de Enfrentamento de Resposta Rápida à Sífilis	3 (19%)
Certificação da eliminação da sífilis congênita; Plano Estadual de enfrentamento à sífilis; Ações de monitoramento da incidência de sífilis	4 (25%)

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

3.1.1.7 Agenda de enfrentamento a covid-19

Considerando-se que o contexto da pandemia de COVID-19 impactou, nacionalmente, os serviços de saúde pública, segundo o quadro 3.5, as gestoras responderam sobre os desafios enfrentados durante a pandemia no seu território. Em relação à produção e serviços de saúde, 75% (12) das gestoras entenderam que a “continuidade dos serviços prioritários” foi o maior desafio durante a pandemia. Ainda, 50% (8) delas afirmaram que “ter equipe de profissionais de saúde capacitados para o enfrentamento da pandemia”, também, foi um desafio. 32% (5) das gestoras afirmou “ter acesso a leitos com equipamentos adequados para internação das pessoas com COVID-19” representava um grande desafio. Na perspectiva de investigar sobre o contexto pandêmico, frente às ações de sífilis, indagou-se às gestoras sobre os Desafios enfrentados para a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita, durante o enfrentamento a COVID-19. Portanto, 100% (16) delas “Redução na frequência de procura de serviços por parte dos usuários” considerou o maior desafio. 94% (15) das gestoras consideraram “O afastamento de trabalhadores das equipes por comodidades e/ou adoecimento” um desafio a

enfrentar. No entanto, também 87% (14) delas considerou “O acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno”, como um grande desafio.

A pandemia pelo COVID-19 trouxe maiores desafios ao enfrentamento da sífilis no país. Segundo as gestoras, o contexto pandêmico pode ter influenciado o diagnóstico precoce da sífilis no seguimento do pré-natal, pois tanto a ausência da gestante na unidade de saúde para o acompanhamento quanto o comprometimento do quadro de profissionais para atendê-la comprometem o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, em tempo de um diagnóstico e tratamento de sífilis adequado. Porém, os estudos sobre o impacto da covid-19 nas ações de enfrentamento à sífilis, ainda, são incipientes e demandam maior tempo para avaliação de forma mais precisa. Contudo, apesar de, em 2020, os dados epidemiológicos informarem redução dos casos de sífilis no país, infere-se que a diminuição dos casos pode estar relacionada à problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, assim como também decorrer de subnotificação dos casos no Sistema de Nascidos Vivos (Sinan), devido à mobilização dos profissionais ocasionada pela pandemia de covid-19, ou seja, a redução do quadro funcional, prejudicando o registro da notificação de sífilis (Ministério da Saúde, 2021).

Quadro 3.5: Desafios enfrentados pelas gestoras de saúde durante a pandemia, no período do projeto (2021)

Desafios enfrentados para a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita, durante o enfrentamento à Covid-19 (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias
Continuidade de serviços prioritários	12 (75,5%)
Ter equipe de profissionais de saúde capacitados para o enfrentamento da pandemia	8 (50%)
Ter acesso a leitos com equipamentos adequados para internação de pessoas com Covid-19	5 (32%)

Desafios enfrentados para a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita, durante o enfrentamento à Covid-19 (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias
A redução na frequência de procura dos serviços por parte dos usuários	16 (100%)
O afastamento de trabalhadores das equipes por comorbidades e/ou adoecimento	15 (94%)
O acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno	14 (87%)

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

*A questão possibilitava múltipla escolha, logo o total de respostas por opção não corresponde ao total de participantes.

3.1.1.8 Percepção como gestora e mulher na gestão do enfrentamento à sífilis

No quadro 3.6, expõe-se como a gestora avaliou os desafios a serem superados por sua gestão, frente ao enfrentamento à sífilis. 87% (14) delas indicaram a “gestão e monitoramento dos casos de sífilis entre as unidades de saúde” como seu maior desafio. Também 81% (13) delas consideraram que “Sistemas de informação para a gestão e monitoramento dos casos” e “Ausência de ações intersetoriais para o acompanhamento pré-natal” são grandes desafios no contexto de enfrentamento à sífilis.

A gestora de saúde percebe a gestão do enfrentamento à sífilis de forma estratégica e aparada a ferramentas e tecnologias. Segundo Modos (2018), é fundamental estabelecer instrumentos para o monitoramento dos casos de gestantes com sífilis e sua (as) parceria (as) para o tratamento adequado. As gestoras de saúde identificaram o componente de gestão e monitoramento dos casos de sífilis aliado a sistemas de informações eficientes como desafios a serem

superados nos seus territórios. Lucas et al. (2019) corrobora a avaliação das gestoras, quando identifica tais desafios como fundamentais ao aumento da cobertura diagnóstica e de tratamento da sífilis, nos diferentes níveis de complexidade das redes de atenção. Ainda, o autor considera importante o fortalecimento das ações intersetoriais e a ação colaborativa para operacionalização da resposta rápida à sífilis nas redes de atenção à saúde.

Quadro 3.6: Desafios a serem superados na Rede de Saúde Municipal, no período do projeto (2021)

Como a mulher e gestora de saúde, avaliou os desafios a serem superados no âmbito das ações da Rede de Saúde Municipal (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias
A gestão e monitoramento dos casos de sífilis entre as unidades de saúde	14 (87%)
O sistema de informação para a gestão e monitoramento dos casos de sífilis	13 (81%)
Ausência de ações intersetoriais para o acompanhamento pré-natal	13 (81%)

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

*A questão possibilitava múltipla escolha, logo o total de respostas por opção não corresponde ao total de participantes.

Portanto, no Quadro 3.7, apresenta-se o contexto de vulnerabilidade da mulher em relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional. O principal fator apontado por 81% (13) das gestoras foi “A não utilização do preservativo com a (s) parceria (as) antes e durante a gravidez. E 69% (11) delas, avaliaram “A não adesão do parceiro ao pré-natal da gestante”. Já 62% (10) avaliaram a “Não testagem da (s) parceria (as) para sífilis”. Também foi apontado por 19% (3) das gestoras sobre a “Situação da gestante em Situação de rua”, e 12% (2) apontaram

sobre a “Falta de condições financeiras da gestante” e apenas 6% (1) dessas apontou sobre a “Situação da gestante trabalhadora do sexo”. Ainda apontado por 50% (8) das gestoras o “Não tratamento das parcerias com benzilpenicilina”.

A mulher é vista como sujeito vulnerável quando se trata do diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, principalmente pelo fato da não utilização do preservativo com a(s) parceria (as) antes e durante a gravidez. Com maior agravante da não adesão do parceiro ao pré-natal da gestante, não testando essa(s) parceria(as) para sífilis. As gestoras observam a vulnerabilidade da mulher em relação à negociação de sua proteção, juntamente com a sua (as) parceria (as). Esse é um ponto nevrálgico relativo à prevenção da sífilis gestacional e congênita. Costa et al. (2014) constatam que as mulheres somam características biológicas, questões sociais e de gênero que as tornam especialmente vulneráveis às IST, e estas as colocam em condições de submissão e inferioridade em relação aos homens. Inclusive as eximem do poder de decisão da relação sexual protegida. Para Costa et al. (2014), a “atividade sexual precoce, baixa escolaridade, baixa renda e à dependência econômica das mulheres, especialmente nos países em desenvolvimento”. É uma realidade, e afirma que a associação do uso do preservativo como método de evitar gravidez não desejada e não como prevenção às IST as tornam mais vulneráveis ainda, ao agravo da sífilis. Santos (2016) traz questões como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais como fatores determinantes para o maior ou menor grau de exposição da pessoa ao HIV/aids, ou seja, o contexto de vulnerabilidade relacionado ao perfil sociodemográfico é uma realidade constatada. Esta também se estende à sífilis (Brasil, 2019a).

Ressaltado pela gestora, sobre a gestante em Situação de rua e da trabalhadora do sexo, relaciona-se a o quadro social vulnerável. Segundo os dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, entre 2005 e 2021, 59% das gestantes com sífilis possuíam escolaridade entre a 5ª série do nível fundamental ao nível médio incompleto, e 67% declaram-se como pretas e pardas entre (2007 a 2021) (Brasil, 2019a). Entende-se que a percepção da gestora de saúde está em consonância tanto com a realidade de vulnerabilidade da mulher apresentada nos dados epidemiológicos quanto em relação às justificativas de atuação do Projeto Sífilis

“Não”, que buscam encontrar estratégias para enfrentar tais questões principalmente no contexto de realização das ações intersetoriais.

O não tratamento do parceiro com benzilpenicilina é uma preocupação da gestora, corroborada pelas recomendações do PCDT de IST , que considera um tratamento adequado somente aquele feito na gestante e o sua (as) parceria (as), com benzilpenicilina nas doses adequadas ao estágio da doença: “está completo antes do último mês de gestação e cuja eficácia foi documentada através da descida do título de VDRL (diminuição de 4 vezes nos 3 meses após terapêutica)”. O autor ressalta que a subida ou estagnação do título deve ser considerada como indicação de reinfecção ou ineficácia terapêutica. É importante ser cumprido a terapêutica segundo diretrizes estabelecidas para a eficácia e segurança de uma gravidez livre de sífilis congênita (Brasil, 2020a).

As gestantes são vulneráveis às IST e isso também pode estar relacionado a um contexto patriarcal arraigado nas relações, a ausência de negociação para o uso do preservativo, expressa uma forma de dominação do parceiro dessa gestante, que do outro lado, demonstra pouca autonomia de seu corpo e baixo argumento para a prevenção às IST, tal submissão reforça o fenômeno social do patriarcado (Saffiori, 2015). É importante observar os aspectos voltados ao contexto de vulnerabilidade da mulher submersa a uma relação de dominação, o fato da não adesão do parceiro ao tratamento com penicilina, estabelece-se ao jogo de regras e valores a família, o homem com autoridade, poder político e econômico a esse núcleo familiar (Lenner, 2019). É preciso considerar novas formas de atuar na atenção à saúde que inclua as realidades distintas das gestantes com sífilis, a abordagem das políticas de forma intersetorial para um atendimento integrado as questões sociais passam pela discussão desse sistema social.

Quadro 3.7: Situação de vulnerabilidade da mulher em relação à sífilis em gestante, no período do projeto (2021)

Contexto de vulnerabilidade da mulher em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias

A não utilização do preservativo com a (s) parceria (as) antes e durante a gravidez	13 (81%)
A não adesão do parceiro ao pré-natal da gestante	11 (69%)
Não testagem da (s) parceiras (as) para sífilis	10 (62%)
Não tratamento da (s) parceria (as) com benzilpenicilina benzantina quando diagnosticada a sífilis	8 (50%)
Situação da gestante em situação de rua	3 (19%)
Falta de condições financeiras da gestante	2 (12%)
Situação da gestante trabalhadora do sexo	1 (6%)

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

*A questão possibilitava múltipla escolha, logo o total de respostas por opção não corresponde ao total de participantes.

Os avanços apontados pelas gestoras de saúde no quadro 3.8, distribuíram-se em “Disponibilidade de teste rápido (TR) nas unidades básicas de saúde” (UBS) 53% (9), assim como 50% (8) citaram a “Formação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis, e a Disponibilização da penicilina nas unidades básicas de saúde. Essas foram ações também estabelecidas como prioridade para a Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis. Ainda 50% (8) das gestoras consideram a Capacitação dos profissionais de saúde no atendimento à prevenção, diagnóstico e tratamento à sífilis, e 50% (8) delas também ressaltaram a “Integração das ações de assistência e vigilância à saúde no enfrentamento à sífilis”.

Os avanços percebidos pelas gestoras estão em consonância com a literatura estudada. É possível observar, segundo Lucas et al. (2019), que a

atuação na rede de atenção foi desafiadora ao projeto nos diferentes níveis de complexidade das redes de atenção, assim como os pontos de prevenção, tratamento e seguimento direcionados a populações-chave foram fundamentais para a intervenção. A gestora de saúde deu ênfase ao aumento de cobertura de diagnóstico e tratamento, assim com a ampliação e implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos estados, municípios. Estas, também, se relacionam à implementação das ações do projeto no território.

Quadro 3.8: Avanços percebidos com o enfrentamento à sífilis em gestante e congênita no âmbito da gestão municipal, no período do projeto (2021)

Como a mulher e gestora de saúde, avaliou os avanços percebidos no contexto de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita na gestão municipal (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias
Disponibilização do Teste Rápido (TR) nas unidades básicas de saúde	9 (53%)
Formação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis	8 (50%)
Disponibilização da penicilina nas unidades básicas de saúde	8 (50%)
Capacitação dos profissionais de saúde no atendimento a prevenção, diagnóstico e tratamento à sífilis	8 (50%)
Integração das ações de assistência e vigilância à saúde no enfrentamento à sífilis	8 (50%)

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

*A questão possibilitava múltipla escolha, logo o total de respostas por opção não corresponde ao total de participantes.

Os sentimentos que representam a gestora de saúde em relação às ações de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita, descrita no quadro 3.9, mostraram que 75% (12) delas acham que outras ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis poderiam ser feitas para diminuição dos casos de sífilis em gestante e congênita no seu território. 50% (8) delas ressaltaram sobre o sentimento de que é possível maior sensibilização dos governantes com a problemática de saúde pública da sífilis. Contudo, 31% (31) das gestoras confirmam que a Mulher em situação de sífilis congênita e neonatal pode encontrar-se em quadro de vulnerabilidade social.

A impressão de que outras ações de prevenção, diagnóstico e tratamento poderiam ter sido implementadas na intervenção de resposta rápida à sífilis gestacional e congênita representa os sentimentos da maioria das gestoras de saúde. Com isso, também, indicam a necessidade de maior envolvimento dos governantes com a problemática da sífilis. Ressalta-se, ainda, que a mulher em situação de sífilis congênita e neonatal pode encontrar-se em quadro de vulnerabilidade social. Estes são sentimentos citados pelas pesquisadas que estão em consonância com os aspectos abordados no enquadramento teórico deste estudo, que conformam o cenário de sífilis no país, as diretrizes do Projeto Sífilis “NÃO”. Foi possível observar convergências entre os sentimentos de uma gestora consciente em relação ao reconhecimento do contexto social que envolve a mulher em situação de sífilis no seu território.

Quadro 3.9: Sentimentos que representam a gestora de saúde na gestão das ações de enfrentamento à sífilis em gestante e congênita, no período do projeto (2021)

Representa os sentimentos como mulher à frente das ações de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita (N:16)	
Respostas*	Coordenadoras/ Secretárias
Sentimento de que outras ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis poderiam e	12 (75%)

podem ser feitas para a diminuição dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita no seu território	
Sentimento de que é possível maior sensibilização dos governantes com a problemática da sífilis congênita no país, considerando sua condição devastadora com alta morbimortalidade, incluindo aborto espontâneo, natimorto, baixo peso ao nascer, prematuridade, sequelas neurológicas e óbito neonatal	8 (50%)
Sentimento de que a mulher em situação de sífilis gestacional e neonatal pode encontrar-se em quadro de vulnerabilidade social	5 (31%)
Comentário aberto: O pré-natal e a gestação ainda são vistos como um compromisso exclusivo da mulher e a visão sobre as mulheres durante a gestação é muito reduzida aos seus aspectos biomédicos o que a coloca em maior vulnerabilidade ainda	

Fonte: banco de dados pesquisa com gestoras de saúde do Projeto Sífilis “NÃO”, hospedado na plataforma de pesquisa Survey Monkey (2021). Elaboração: autora da pesquisa.

*A questão possibilitava múltipla escolha, logo o total de respostas por opção não corresponde ao total de participantes.

4 Conclusão

O estudo evidenciou que a gestora de saúde dos territórios prioritários à Intervenção de Resposta Rápida à Sífilis, no âmbito do Estado e do Município, tem uma percepção ampliada e convergente aos objetivos pactuados, principalmente em relação às questões de vulnerabilidade que envolvem a mulher exposta à sífilis gestacional e congênita.

Observou-se no estudo a maneira com a qual a gestora de saúde se implica nas questões de enfrentamento à sífilis no seu território, e a importância destinada às temáticas de sífilis nas discussões da gestão local e nos espaços de governança da saúde.

As desigualdades verificadas na análise sociodemográfica, referente a vulnerabilidades das mulheres em relação à sífilis gestacional e congênita, reforçam a necessidade de estratégias de promoção da equidade ao acesso pré-natal nos territórios, e para isso maior articulação entre a gestão para a priorização desta ação.

Os resultados revelam que o diagnóstico precoce da sífilis em gestantes permite controle dos casos de sífilis congênita. Logo, profissionais bem capacitados para o cuidado da saúde podem evitar o desfecho sífilítico. Entende-se que é responsabilidade sanitária do gestor buscar diminuir as barreiras que dificultam o acompanhamento ao pré-natal de forma eficaz.

As barreiras identificadas do contexto vulnerável da mulher com sífilis gestacional e congênita estão também relacionadas a questões de gênero, patriarcado e condição social que as torna especialmente vulneráveis às IST. Os aspectos de baixa autonomia e argumento para negociação do uso do preservativo nas relações sexuais com o parceiro passa por fatores relacionados à dominação do homem sobre a mulher e fragiliza a prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente no pré-natal da gestante.

A não adesão do parceiro ao tratamento com penicilina vincula-se ao jogo de regras e valores da família, o homem com autoridade, poder político e econômico perante esse núcleo familiar (Lenner, 2019). Novas formas de atuar na atenção à saúde que incluam as realidades distintas das gestantes com sífilis, com abordagens intersetoriais, são necessárias para o controle da sífilis congênita no

país. A gestora de saúde reconhece a questão e vincula a não utilização do preservativo pela gestante durante a gravidez à não adesão do parceiro ao pré-natal da gestante.

Em vista dos resultados apresentados, identificou-se a necessidade de maior atenção a duas ações pouco assinaladas a respeito da priorização das gestoras: a situação da gestante em situação de rua; e a falta de condições financeiras da gestante para comparecer ao pré-natal. Estas são barreiras sociais de extrema importância a serem superadas.

A quase nenhuma identificação com a situação da gestante trabalhadora do sexo pelas gestoras de saúde foi um achado não previsto que merece maior atenção em estudos posteriores.

Conclui-se que é necessário avançar na organização dos serviços de saúde, ampliando, principalmente, a relação dos maiores desafios identificados pela gestora, como a gestão e monitoramento de casos de sífilis nas UBS, os sistemas de informação para automatização desse monitoramento e a necessidade de investimentos nas ações intersetoriais para a garantia do pré-natal.

Finalmente, a gestora de saúde dos municípios prioritários à Resposta Rápida à Sífilis demonstrou estar sensível às ações necessárias para o enfrentamento da epidemia de sífilis, e sabe que muitas outras ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis podem ser implementadas no seu território, e que é possível angariar maior sensibilização dos governantes para o alcance dessas ações, pois reconhece o contexto de vulnerabilidade relacionado à sífilis na gestação e neonatal.

4.1 Considerações finais e recomendações

A experiência profissional da gestora de saúde é reconhecida como um fator importante em sua gestão do cuidado em saúde para o controle da sífilis. Corrobora com esse perfil o nível de escolaridade em nível de pós-graduação.

É necessário considerar os avanços identificados pelas gestoras e literatura embasada sobre o processo de intervenção à sífilis no território, como o aumento da disponibilização de TR e penicilina nas UBS, da formação de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical, da capacitação dos profissionais no cuidado

da saúde e da Integração da Assistência e Vigilância à Saúde no enfrentamento à sífilis.

Este estudo poderá ser útil para evidenciar aos gestores de saúde que é necessário considerar políticas com abordagens diferenciadas, com maior sensibilidade às interfaces de vulnerabilidade da mulher, com seus diferentes agravos, discutidos nesta dissertação. Para isso, uma mobilização ampla de diferentes setores do governo, aliados a movimentos populares e comunidade acadêmica, é recomendável para a discussão e conseqüente avanço de tal proposição.

É preciso pontuar as dificuldades encontradas para o alcance da definição amostral da pesquisa, relacionadas principalmente à falta de acesso aos gestores de saúde no período da pandemia de COVID-19. Esta é considerada uma limitação do estudo, pois impossibilitou a ampliação da amostra para abranger gestores homens, de forma a permitir uma análise comparativa, em que fosse possível aferir o grau de sensibilização da gestora de saúde ao problema referido por uma perspectiva de gênero.

Por essa razão, entende-se que este estudo abre caminho para a ampliação da temática pesquisada, com a proposição de estudos que investiguem mais a fundo os fatores envolvidos nos resultados obtidos, como, por exemplo, se o gênero da gestora influenciou positiva ou negativamente nos espaços de gestão para efetivação do projeto sífilis “NÃO”. Essas e outras questões figuram como apontamentos para o prosseguimento das discussões nessa temática, o que é profundamente desejável para o contínuo aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde nessa área e o saneamento dos desafios encontrados até o momento.

Referências

- Almeida, S. L. (2019). *Racismo estrutural*. Sueli Carneiro; Pólen.
- Aquino, E. M. L., Viegas, L. M. D., Pilecco, F. B., Reis, A. P., & Menezes, G. M. S. (2021). Mulheres das ciências médicas e da saúde e publicações brasileiras sobre Covid-19. *Saúde em Debate*, 45(1), 60-72.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042021E105>
- Araujo, M. A. L., Uesono, J., Machado, M. S.N., Pinto, M. V., & Amaral, E. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: abordagem às pessoas com vida sexual ativa. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(spe1), e2020628. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100003.esp1>
- Arcari, J. M., Barros, A. P. D., Rosa, R. S., Marchi, R., & Martins, A. B. (2020). Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 407-420.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>
- Azulay, R. D. (1988, fevereiro). História da Sífilis. *Anais brasileiros de dermatologia*, 63(1), 3-4. Disponível em:
<http://www.anaisdermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=564>.
- Bonan, C., Araripe, C., Gondin, R., & Kropfi, R. (2021). A relevância acadêmica, social e política da produção de conhecimentos sobre mulheres nas ciências e na saúde. *Saúde em Debate*, 45(1), 5-12.
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/f8b4WkqQDdyx66wxCXhTvqw/?lang=pt>
- Braga, J. (2008). *Luz sobre o mundo microscópico*. Scientific American Brasil (5a. ed.) Editorial Dueto.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Congresso Nacional do Brasil. Assembleia Nacional Constituinte.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: políticas e diretrizes*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

- Brasil. (2017a). *Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017b). *Boletim Epidemiológico Sífilis*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2019b). *Guia de Vigilância em Saúde: volume único* (3a. ed.). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Brasil. (2019a). Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Boletim Epidemiológico*, Ministério da Saúde, 50(esp.), 1-154. <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
- Brasil. (2020a). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020b). *Indicadores epidemiológicos da Sífilis*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
- Brasil. (2021). *Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil 2020-2021*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf
- Brasil. (2022). Vigilância em saúde no Brasil 2022. *Boletim Epidemiológico*, Ministério da Saúde, 150(esp.), 1-60. https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/@@download/file/boletim_sifilis_2021_internet.pdf
- Carrara, S., & Moraes, C. (1985). *Um vírus só não faz doença* (5a ed.). Comunicações do ISER. https://www.iser.org.br/wp-content/uploads/2020/07/comunicacoes-17_compressed.pdf
- Carneiro, C. V., & Santiago, D. S. A. (2021). Projeto “sífilis não”: o potencial da educação permanente para resposta rápida à sífilis nas redes de atenção em Goiânia/GO. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 10(4), 75-84. <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/23890>

- CONASEMS. (2020). *Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS*. Página do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/#:~:text=%E2%80%9CAcredito%20que%20a%20presen%C3%A7a%20das,%2C%20quanto%20com%20a%20gest%C3%A3o%E2%80%9D>.
- Costa, F. M. D., Mendes, A. C. F., Maria, D. C., Santos, J. A. D., Costa, G. M. D., & Carneiro, J. A. (2014). A percepção feminina quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/ AIDS. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 879-889. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1744>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (L. O. Rocha, Trad.; 2a. ed). Artmed.
- Domingues, C. S. B., Duarte, G., Passos, L. R. M., Sztajnbok, D. C. N., & Menezes, M. L. B. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(spe1), e2020597. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>
- Fiocruz (2018). *Pesquisa Nacional sobre o perfil dos gestores municipais de saúde: ciclo 2015-2018*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Flores, R. L. dos R. (2011). *Sífilis congênita no município de Belém, Pará: análise dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC)*. [Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz]. Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24623>
- Gil, A. C. (2018). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. Atlas
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano*. Zahar.
- Hooks, B. (2015). Mulheres negras: moldando a teoria feminista. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 16, 193-210. <https://doi.org/10.1590/0103-335220151608>

- Kanan, L. A. (2010). Poder e liderança de mulheres nas organizações de trabalho. *Organizações & Sociedade*, 17(53), 243-257.
<https://doi.org/10.1590/S1984-92302010000200001>
- Lenner, G. (2019). *A Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens*. Cutrix.
- Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014). Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 23(2), 417-425.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
- Loureiro, M., & Ikeda, P. (2013). Por que elas são tão poucas? *Revista Exame*, 47 (10), 96-98.
- Lucas, M. C. V., Carvalho, A. L. B., Souza, E. C. F., Melo, C. M. R., & Crives, M. N. S. (2019). A experiência de apoio institucional no projeto de resposta rápida ao enfrentamento da sífilis nas redes de atenção à saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 9(2), 8-24.
<https://doi.org/10.18816/r-bits.vi0.18679>
- Machado, D. F., Castanheira, E. R. L., & Almeida, M. A. S. de. (2021). Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 3), 5003-5012.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020>.
- Marconi, M. D., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamento de Metodologia Científica*. Atlas.
- Metz, E. S. (2015). Gestão feminina: a presença das mulheres na liderança de empresas. *Ágora: Revista De divulgação científica*, 19(2), 169-178.
<https://doi.org/10.24302/agora.v19i2.667>
- Minayo, M. C., & Sanches, O. (1993, jul./set.). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3) 239-262.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>
- Miranda, A. E., Figueredo, N. C., Pinto, V. M., Page, K., & Talhari, S. (2012). Fatores de risco para sífilis, em mulheres jovens, atendidas pelo programa de saúde da família em Vitória (ES), Brasil. *Anais Brasileiros de*

Dermatologia, 87(1), 76-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000100009>

- Modos, M. F. (2018). Sífilis na gestação: o monitoramento impactando na redução de casos de sífilis congênita. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 22(supl.1), 106-107. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.203>
- Nascimento, V. B., Martins, N. V. N., Ciosak, S. I., Nichiata, L. Y. I., Oliveira, J. S. S., Bezerra, L. O., & Santos, L. A. (2017). Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. *IJHE Interdisciplinary Journal of Health Education*, 2(1), 68-73. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.029>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2016). *Boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)*. https://www.who.int/bulletin/online_first/en/
- Ouverney, A. L. M., Carvalho, A. L. B., Machado, N. M. S., Moreira, M. R., & Ribeiro, J. M. (2019). Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. *Saúde em Debate*, 43(7), 75-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706>
- Priamo, V., Campos, S. S., & Soares, S., J. (2021). Pistas para o trabalho do apoio no projeto “sífilis não”. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 10(4), 12-22. <https://doi.org/10.18816/r-bits.v10i4.23887>
- Rodrigues, L.S.A., Paiva, M. S., Oliveira, J. F., & Nóbrega, S. M. (2012). Vulnerability of women in common-law marriage to becoming infected with HIV/AIDS: a study of social representations. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 349-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200012>
- Saffioti, H. I. B. (2015). *Gênero patriarcado violência* (2.ed.). Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo.
- Sandberg, S., & Scovell, N. (2013). *Faça acontecer: mulheres, trabalho e a vontade de liderar* (D. Bottmann, Trad.). Companhia das Letras.
- Sontag, S. (1984). *A Doença como Metáfora*. Grall.
- Souza, E. M. (2005). Há 100 anos a descoberta do *Treponema pallidum*. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, 80(5), 547-548.

- Survey Monkey. (2021). *Pesquisa - Intervenção à Sífilis nos Municípios prioritários do Projeto Sífilis “Não” no período de 2018 a 2020 sob a percepção das gestoras*. <https://pt.surveymonkey.com/>
- Ujvari, S. C. (2018). *A História da Humanidade contada pelo vírus*. Contexto. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS). (2017). *Plano de Trabalho do Projeto de Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis*. UFRN.
- Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. (2018). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). *Relatório – Relatório do Curso de Formação dos Apoiadores de Pesquisa Intervenção 19 A 23 de Março de 2018*. UFRN. https://repositorio.lais.huol.ufrn.br/media/documents/4_RELAT%C3%93RIO_DO_CURSO_DE_FORMA%C3%87%C3%83O_DOS_APOIADORES_DE_PEQUISA_INTERVEN%C3%87%C3%83O_19_A_23_DE_MAR%C3%87O_DE_2018.pdf
- Vainfas, R. (1986). *Estudo e Sexualidade no Brasil*. Grall.

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instrumento de Pesquisa: questionário semiestruturado.

Pesquisa - Intervenção à sífilis nos municípios prioritários do Projeto Sífilis NÃO nos anos de 2018 a 2020 sob a percepção das Gestoras de Saúde
Apresentação da pesquisa:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “A INTERVENÇÃO À SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO PROJETO SÍFILIS "NÃO" NO PERÍODO DE 2018 A 2019 SOB A PERCEPÇÃO DAS GESTORAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO”, desenvolvida por Nádia Maria da Silva Machado, discente do Mestrado de Estudos sobre as Mulheres: Género, Cidadania e Desenvolvimento, da Universidade Aberta de Portugal(UAB-PT), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação da Professora Dra. Barbara Bäckström e coorientação do Professor Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho. O objetivo central deste estudo é analisar a atuação das gestoras de saúde em relação ao enfrentamento da sífilis no seu território.

O convite para responder ao questionário em questão, se deve ao fato de você estar representando, como gestora de saúde (coordenação, gerência, referência técnica de IST), contribuindo significativamente para o enfrentamento à sífilis.

Desde já agradecemos sua participação na pesquisa e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários, via e-mail: nda.machado@gmail.com e ou telefone/WhatsApp: (61) X.XXXX-XXXX.

Mestranda: Nádia Maria da Silva Machado Orientadora: Professora Dra. Barbara Bäckström (UAB-Portugal) Coorientador: Professor Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho (UFPB/UFRN)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Declaro, por meio deste termo, que concordei em responder ao questionário relativo à pesquisa intitulada “A INTERVENÇÃO À SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO PROJETO SÍFILIS "NÃO" NO PERÍODO DE 2018 A 2019

SOB A PERCEPÇÃO DAS GESTORAS DE SAÚDE”, realizada por Nádia Maria da Silva Machado, mestranda da UAB-PT sob a orientação da Professora Dra. Barbara Bäckström da Universidade Aberta de Portugal e coorientação do Professor Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Pesquisador do Projeto Sífilis "NÃO" na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Declaro que aceitei participar por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais consiste em “Analisar o perfil da Gestora de Saúde no âmbito do Projeto, com o objetivo de identificação das potencialidades e desafios para o enfrentamento à sífilis no seu território no âmbito do SUS”.

Fui informado (a) ainda, que a pesquisa será feita por meio do preenchimento de um questionário que tem a função estrita de fornecer informações sobre o objeto da pesquisa em questão, ampliando a compreensão acadêmica atual sobre a temática estudada. Este consiste em responder a um questionário de 22 perguntas por meio de um formulário eletrônico da plataforma (SurveyMonkey) que recebi em meu e-mail.

Finalmente, declaro que concordei com o emprego do todo ou de partes da pesquisa como subsídio para publicações de natureza acadêmica e estou ciente de que minha identidade será preservada e a qualquer momento, posso solicitar, sem exposição de motivo, que a resposta ao questionário, seja excluída da pesquisa de forma parcial ou integral.

Atesto ainda o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. Após a leitura da carta de apresentação da pesquisa e do TCLE, assinalo a seguir minha decisão:

Concordo em participar da pesquisa

Não concordo em participar da pesquisa

Anexo II - Perfil da Gestora

2. Qual o nível de gestão que você exerce a função?

Nível Estadual

Nível Municipal

3. Qual a UF que você exerce a função/cargo de gestão?

4. Qual a UF do município onde você exerce a função/cargo de gestão?

5. Qual o nome do Município onde você exerce a função/cargo de gestão?

6. A qual Região de Saúde este município pertence?

7. Quantos anos tem de experiência na gestão de saúde?

Menos de 1 ano

De 1 a 2 anos

Mais que 2 até 3 anos

Mais que 3 até 5 anos

Mais que 5 até 10 anos

Mais 10 anos

8. Qual sua faixa-etária?

até 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

50 a 60 anos mais de 60 anos

9. Qual sua cor ou raça/etnia?

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

10. Qual sua escolaridade?

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Superior incompleto

Superior completo

Especialização

Mestrado incompleto

Mestrado

Doutorado incompleto

Doutorado

11. Qual o nome do Município e da UF de Residência?

O mesmo que exerce o cargo de gestor

Outro (especifique) _____

Trajetória Profissional (incluído apenas para Secretárias Municipais de Saúde)

12. Você fez parte da diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS neste período?

Sim

Não

13. Com base nos itens abaixo destaque os atributos que lhe ajudaram a permanecer à frente da gestão até o presente momento.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Irrelevante
Capacidade e Liderança				
Experiência em Gestão				
Confiança pessoal				
Indicação política				
Desempenho gerencial				
Indicação de categoria profissional				
Parentesco				
Vínculo com entidade Sindical				
Competência Técnica				
Não ser da área da saúde				

Da percepção sobre a importância da temática sífilis para a gestão

14. Em sua opinião qual a importância da temática da Sífilis em gestante e congênita no espaço da Gestão Municipal?

Nenhuma importância

Pouco importante

Importante

Muito importante

15. Com que frequência a pauta da sífilis é discutida nas reuniões no período da gestão?

mensal

quadrimestral

semestral

anual

não sei responder

16. No período da gestão, houve pactuação de ações de enfrentamento à Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita?

Sim, no Plano Municipal de Saúde

Sim, no Plano de enfrentamento de Resposta Rápida à Sífilis

Não

Outro especifique) _____

17. Com base em suas respostas anteriores, assinale até 3 aspectos que caracterizam a importância da temática Sífilis no espaço da Gestão Municipal.

- Implementações das ações de intervenção à sífilis pactuadas no Plano Municipal de Saúde
- Implementação das ações de intervenção à sífilis pactuadas no Plano de Enfrentamento de Resposta Rápida à Sífilis
- Organização de capacitação dos profissionais de saúde referente ao cuidado da sífilis
- Organização de capacitação dos profissionais de saúde referente a vigilância da sífilis
- Divulgação de ações através de meio comunicação
- Ampliação de teste rápido (TR)
- Diálogo com lideranças comunitárias sobre o enfrentamento à sífilis
- Montagem de materiais e divulgações sobre o enfrentamento à sífilis
- Organização de pautas para o enfrentamento à sífilis no Conselho Municipal de Saúde
- Outro (especifique) _____

Agenda de Enfrentamento a Covid 19

18. Assinale os 3 principais desafios enfrentados por você na produção de ações e serviços de saúde, durante a pandemia do Covid-19?

- Disponibilização a testes diagnósticos
- Ter equipe de profissionais de saúde capacitados para o enfrentamento da pandemia

- Ter acesso a leitos com equipamentos adequados para internação de pessoas com Covid
- Garantir equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde
- Ter acesso e/ou desenvolver protocolos clínicos para o atendimento a pessoas com Covid-19
- Informações contraditórias de autoridades do governo federal
- Capacidade de produção de informações para a tomada de decisão
- Continuidade de serviços prioritários

19. Avalie os desafios enfrentados para a continuidade da oferta de ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita, durante o enfrentamento a Covid-19?

	Sim	Não
O atendimento ao pré-natal com 7 ou mais consultas		
A disponibilização de teste rápido (TR) na primeira consulta		
A disponibilização de VDRL no primeiro e terceiro trimestre de gestação		
A disponibilização de penicilina na rede básica de saúde		
A capacitação das equipes de saúde		
O afastamento de trabalhadores das equipes por comorbidades e/ou adoecimento		
O acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno		
A dificuldade de acompanhamento dos casos no território		
A produção de mensagens falsas (fake-News) sobre a doença		
A redução na frequência de procura dos serviços por parte dos usuários		

Da percepção como gestora e mulher na gestão do enfrentamento à sífilis

20. Com base nas questões respondidas, destaque 3 aspectos que na sua percepção estão relacionados ao contexto de vulnerabilidade da mulher em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita.

- A não utilização do preservativo com a(s) parceria(as) antes e durante a gravidez
- Não testagem da(s) parceria(as) para sífilis
- Não tratamento da (s) parceria (as) com benzilpenicilina benzatina quando diagnosticada a sífilis
- A não adesão do parceiro ao pré-natal da gestante
- Falta de condições financeiras da gestante
- Situação de violência doméstica
- Situação da gestante em situação de rua
- Situação da gestante trabalhadora do sexo

21. Com base nas questões respondidas e na sua posição como mulher na gestão no contexto de enfrentamento à sífilis, avalie o que considera desafios a serem superados no âmbito das ações da rede de saúde municipal.

	Sim	Não
Disponibilizar teste rápido (TR) em toda rede básica de atenção		
Disponibilizar penicilina em toda rede básica de atenção		
Baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família		
Capacitar os profissionais de saúde em prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis		
Déficit de profissionais de saúde na rede básica de atenção		
Gestão e monitoramento dos casos de sífilis entre as unidades de saúde		
Sistemas de informação para a gestão e monitoramento dos casos		

Ausência de ações intersetoriais para o acompanhamento pré-natal		
--	--	--

22. Com base nas questões respondidas e na sua posição como mulher na gestão, destaque até 3 avanços percebidos no contexto de enfrentamento à sífilis em gestante e congênita no âmbito da gestão municipal.

- Formação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis
- Formação do Grupo Condutor de Acompanhamento da Sífilis
- Monitoramento da sífilis em gestante no âmbito municipal
- Disponibilização do Teste Rápido (TR) nas unidades básicas de saúde
- Disponibilização da penicilina nas unidades básicas de saúde
- Capacitação dos profissionais de saúde no atendimento a prevenção, diagnóstico e tratamento à sífilis
- Implementação de ações intersetoriais para o enfrentamento à sífilis a pacientes em condição vulnerável
- Implementação de ações de educomunicação visando a prevenção da sífilis junto à comunidade local
- Integração das ações de assistência e vigilância à saúde no enfrentamento à sífilis

23. Com base nas questões respondidas, assinale a opção a qual representa seus sentimentos como mulher, que está à frente das ações de enfrentamento à Sífilis em Gestante e Congênita (Pode assinalar mais de uma questão).

- Sentimento de dever cumprido como gestora de saúde, dentro das possibilidades da gestão.
- Sentimento de que outras ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis poderiam e podem ser feitas para a diminuição dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita no seu território.
- Sentimento de que é possível maior sensibilização dos governantes com problemática de saúde pública da sífilis congênita no país, considerando sua condição devastadora com alta morbimortalidade, incluindo aborto espontâneo,

natimorto, baixo peso ao nascer, prematuridade, sequelas neurológicas e óbito neonatal.

- Sentimento de que a mulher em situação de sífilis na gestação e neonatal encontra-se em quadro de vulnerabilidade social.

Outro (comente sobre isso!) _____

24. Com base nas respostas e em sua vivência, discorra sobre quais aspectos você acha importante para a melhoria da gestão de combate à Sífilis no território?
