

UNIVERSIDADE ABERTA



**O PAPEL DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO
VERTICAL DA SÍFILIS NO BRASIL: POTENCIALIDADES,
VULNERABILIDADES E PERSPECTIVAS CULTURAIS**

Thereza Cristina de Souza Mareco

Doutoramento em Relações Interculturais

2022

UNIVERSIDADE ABERTA



**O PAPEL DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA
SÍFILIS NO BRASIL: POTENCIALIDADES, VULNERABILIDADES E
PERSPECTIVAS CULTURAIS**

Thereza Cristina de Souza Mareco

Doutoramento em Relações Interculturais

Orientadora: Doutora Maria Natália Ramos

Coorientadora: Doutora Thaísa Gois Farias de Moura Santos Lima

Coorientador: Doutor Marquiony Marques dos Santos

2022

Este documento não foi redigido
segundo o Acordo Ortográfico da
Língua Portuguesa publicado no Aviso
n 255, do Diário da República, 1º série,
de 17 de Setembro de 2010.

*“Você vai alcançar todos os seus
objetivos! Eu te amo muito!”
(Minha mãe, 2022).*

Dedicatória

A minha querida mãe, e aos meus queridos pai, irmãos e esposo.

Agradecimentos

À Deus por sempre cuidar de mim!

A minha orientadora professora Maria Natália Ramos, e aos meus coorientadores professores Thaísa Gois Farias de Moura Santos Lima e Marquiony Marques dos Santos, pelo apoio dado durante toda a jornada, pelas palavras de encorajamento, afeto, atenção e tempo dedicado a este Projeto.

À coordenação do *Projeto Sífilis Não!* e a toda sua equipe, em especial, ao professor Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim que desde o primeiro momento acreditou no potencial desta pesquisa para a Saúde Pública.

Aos professores Carlos Alberto Oliveira e Juciano de Sousa Lacerda pelo apoio dado durante todo o percurso doutoral, e pelas palavras positivas durante a jornada.

Aos colaboradores da pesquisa e a todos os atores territoriais, basilares para a realização da pesquisa nas unidades federativas brasileiras.

A minha mãe, meu pai, meus irmãos e ao meu esposo, por acreditarem no meu potencial, por sempre estarem ao meu lado, por cada palavra de amor, momento compartilhado e por serem a minha fortaleza nos momentos mais difíceis. O amor de vocês é fundamental para fortificar a minha jornada, qualquer que seja ela.

A todos os professores que participaram da minha trajetória doutoral e que foram fundamentais para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

Muito obrigada, a cada um de vocês aqui mencionados e aqueles que não estão citados mais que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa em sua complexidade e extensão, com vocês o percurso tornou-se mais leve e brilhante!

RESUMO

A transmissão vertical (TV) da sífilis representa um grave problema de saúde pública, sobretudo para as populações mais vulneráveis com menores recursos socioeconômicos e educacionais. Com a finalidade de reduzir a TV da sífilis e alcançar a sua eliminação, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu as diretrizes para o funcionamento de comitês de investigação da transmissão vertical (CITV) da sífilis como estratégicos para a prevenção da transmissão vertical da sífilis (PTVS). Para melhor compreender as dinâmicas territoriais, a organização, processos de trabalho, potencialidades e desafios dos territórios no que diz respeito às agendas dos CITV da sífilis, esta pesquisa tem por objetivo analisar o papel dos CITV da sífilis, no Brasil, para a PTVS.

Com este objetivo desenvolveu-se uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal. A recolha dos dados foi realizada por entrevistas, com suporte de um questionário semiestruturado constituído por perguntas abertas e fechadas, realizadas junto a informantes-chave de comitês e/ou espaços de investigação da TV da sífilis. Os dados foram analisados no *software Excel* com recurso à técnica de análise de conteúdo dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretação dos resultados.

Foi identificado que as organizações, processos de trabalho, dinâmicas, potencialidades e vulnerabilidades dos espaços investigativos são múltiplos e específicos em cada região e até entre os Estados. Mesmo assim, independente da forma como estão organizados e de como é realizado o seu trabalho, percebe-se que os espaços investigativos não têm cumprido o seu papel, muito menos têm realizado a gestão dos casos e a integração intersetorial, notoriamente entre atenção e vigilância. Esses fatos geram o questionamento sobre o formato de ação, no modelo de comitê ou comissão definido pelo Brasil, ser um caminho capaz de efetivamente incidir na PTVS e na redução do número de casos no Brasil.

Portanto, sugere-se rever a diretriz de modelo de agendas sistemáticas e burocrático e refletir sobre novas ferramentas para análise de fatores e agravos evitáveis pela sífilis, a partir da gestão dos casos automatizada, como exemplo o *Salus*, um sistema proposto pelo *Projeto Sífilis Não!* capaz de unir dados de vigilância e atenção, e apresentar painéis de indicadores e cenários locais que facilitam a tomada de decisão do gestor no território de forma ágil e eficaz. Além disso, sugere-se novos estudos que abordem como é realizada a gestão de casos de sífilis em países que já eliminaram a TV, por exemplo, Cuba.

Palavras-chave: Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; Sífilis Congênita; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Vertical transmission (VT) of syphilis represents a serious public health problem, especially for the most vulnerable populations with lower socioeconomic and educational resources. In order to reduce syphilis VT and achieve its elimination, the Brazilian Ministry of Health established guidelines for the functioning of investigation committees on vertical transmission (CITV) of syphilis as strategic for the prevention of vertical transmission of syphilis (PTVS). To better understand the territorial dynamics, organization, work processes, potential and challenges of the territories with regard to the syphilis CITV agendas, this research aims to analyze the role of syphilis CITV in Brazil for PTVS.

With this objective in mind, an exploratory and descriptive research with a qualitative approach of the case study type was developed in 25 Brazilian states and the Federal District. Data collection was carried out through interviews, supported by a semi-structured questionnaire consisting of open and closed questions, carried out with key informants of committees and/or spaces for investigating syphilis TV. Data were analyzed in Excel software using the content analysis technique divided into three phases: pre-analysis, material exploration and data processing and interpretation of results.

It was found that the organizations, work processes, dynamics, strengths and weaknesses of investigative spaces are multiple and specific in each region and even between States. Even so, regardless of how they are organized and how their work is carried out, it is clear that investigative spaces have not fulfilled their role, much less have carried out case management and intersectoral integration, notably between care and surveillance. These facts raise questions about the format of action, in the committee or commission model defined by Brazil, being a path capable of effectively affecting PTVS and reducing the number of cases in Brazil.

Therefore, it is suggested to review the systematic and bureaucratic agenda model guideline and reflect on new tools for the analysis of factors and diseases that can be avoided by syphilis, based on automated case management, such as

Salus, a system proposed by the *Non-Syphilis Project!* capable of uniting surveillance and attention data, and presenting panels of indicators and local scenarios that facilitate the decision-making of the manager in the territory in an agile and effective way. In addition, new studies are suggested that address how syphilis cases are managed in countries that have already eliminated TV, for example, Cuba.

key words: Infectious Disease Transmission, Vertical; Syphilis, Congenital; Health Policy.

RESUMEN

La transmisión vertical (TV) de la sífilis representa un grave problema de salud pública, especialmente para las poblaciones más vulnerables y de menores recursos socioeconómicos y educativos. Con el fin de reducir la VT de la sífilis y lograr su eliminación, el Ministerio de Salud de Brasil estableció directrices para el funcionamiento de los comités de investigación sobre transmisión vertical (CITV) de la sífilis como estratégicos para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis (PTVS). Para comprender mejor las dinámicas territoriales, la organización, los procesos de trabajo, las potencialidades y los desafíos de los territorios con respecto a las agendas de CITV de sífilis, esta investigación tiene como objetivo analizar el papel de CITV de sífilis en Brasil para PTVS.

Con ese objetivo, se desarrolló una investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cualitativo del tipo estudio de caso en 25 estados brasileños y el Distrito Federal. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas, apoyadas en un cuestionario semiestructurado compuesto por preguntas abiertas y cerradas, realizado con informantes clave de comités y/o espacios de investigación de sífilis TV. Los datos fueron analizados en el software Excel utilizando la técnica de análisis de contenido dividida en tres fases: preanálisis, exploración de materiales y procesamiento de datos e interpretación de resultados.

Se encontró que las organizaciones, procesos de trabajo, dinámicas, fortalezas y debilidades de los espacios investigativos son múltiples y específicos en cada región e incluso entre Estados. Aun así, independientemente de cómo se organicen y realicen su trabajo, es claro que los espacios de investigación no han cumplido su función y mucho menos han realizado gestión de casos e integración intersectorial, en particular entre atención y vigilancia. Estos hechos plantean interrogantes sobre el formato de actuación, en el modelo de comité o comisión definido por Brasil, siendo una vía capaz de afectar efectivamente a PTVS y reducir el número de casos en Brasil.

Por lo tanto, se sugiere revisar la guía del modelo de agenda sistemática y burocrática y reflexionar sobre nuevas herramientas para el análisis de factores

y enfermedades evitables por la sífilis, a partir de la gestión automatizada de casos, como Salus, sistema propuesto por la *Non- ¡Proyecto Sífilis!* capaz de aunar datos de vigilancia y atención, y presentar paneles de indicadores y escenarios locales que faciliten la toma de decisiones del gestor en el territorio de forma ágil y eficaz. Además, se sugieren nuevos estudios que aborden cómo se manejan los casos de sífilis en países que ya eliminaron la TV, por ejemplo, Cuba.

Palabras clave: Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; Sífilis Congénita; Política de Salud.

Índice Geral

ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVII
ÍNDICE DE IMAGENS.....	XVIII
ÍNDICE DE QUADROS.....	XIX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XXI
LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E SÍMBOLOS.....	XXIV
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
CAPÍTULO I – EPISTEMOLOGIA DA SAÚDE, INTERCULTURALIDADE E SÍFILIS NO BRASIL	9
1. O QUE É A EPISTEMOLOGIA?	10
1.1. <i>MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE E INTERCULTURALIDADE.....</i>	10
1.2. <i>FATORES CULTURAIS E SOCIAIS E DESIGUALDADES EM SAÚDE.....</i>	17
1.3. <i>TERRITÓRIO BRASILEIRO: INTERFACES DA DIVERSIDADE E OS REFLEXOS NO PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO ...</i>	20
2. O QUE É A SÍFILIS?	28
2.1. <i>A ORIGEM DA SÍFILIS</i>	28
2.2. <i>DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA A SÍFILIS.....</i>	31
2.3. <i>VIAS DE TRANSMISSÃO E ESTÁGIOS DA SÍFILIS</i>	33
2.4. <i>DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS</i>	35
CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE - SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO SUS DO BRASIL	40
3. A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO SUS DO BRASIL	41

3.1. A REDE CEGONHA.....	47
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: SÍFILIS.....	49
3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: PROJETO SÍFILIS NÃO!.....	59
4. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE (VS) E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	61
4.1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE (VS).....	62
4.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	65
CAPÍTULO III - COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL COMO INTERVENÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO SUS DO BRASIL	70
5. CONTEXTO: CRIAÇÃO DOS COMITÊS COMO INTERVENÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO SUS	71
5.1. DIRETRIZES PARA A CONSTITUIÇÃO DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (CITV).....	74
6. OBJETIVOS DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL	76
6.1. SÍFILIS: ANÁLISE DE EVENTOS E AGRAVOS EVITÁVEIS.....	77
6.2. SÍFILIS: IDENTIFICAÇÃO DE MEDIDAS DE INTERVENÇÃO	78
6.3. SÍFILIS: QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA	80
7. O PROCESSO DE TRABALHO DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL	81
7.1. FUNÇÃO EDUCATIVA DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (CITV) DA SÍFILIS.....	82
7.2. OPORTUNIDADES PERDIDAS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (PTVS).....	83
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	85
CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS	86
1.PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS	87
2.CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	89

3.AMOSTRA DO ESTUDO	90
4.LEVANTAMENTO DE DADOS.....	91
4.1. INSTRUMENTO E TÉCNICAS UTILIZADOS	91
4.1.1. A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	91
4.1.2. COLABORADORES DA PESQUISA	95
4.1.3. ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE.....	96
5.PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	98
6.QUESTÕES ÉTICAS.....	99
7. BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA	101
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
8. CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE.....	103
9. UM MAPA ATUAL DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (CITV) DO BRASIL	108
9.1. SITUAÇÃO DOS ESPAÇOS DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS NAS UNIDADES FEDERATIVAS BRASILEIRAS.....	114
9.2.O PAPEL DOS CITV DA SÍFILIS NAS UNIDADES FEDERATIVAS BRASILEIRAS.....	116
10. DINÂMICAS DE ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO DOS ESPAÇOS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS.....	119
10.1. ORGANIZAÇÃO.....	119
10.2. PROCESSO DE TRABALHO	127
10.3. IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DOS CITV.....	136
10.3.1. FACILIDADES.....	136
10.3.2. DIFICULDADES.....	142
10.3.3. CONTRIBUIÇÕES DOS INFORMANTES-CHAVE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS.....	147

11. PRINCIPAIS INICIATIVAS REALIZADAS E DECISÕES TOMADAS PELOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (CITV).....	158
11.1. <i>PRINCIPAIS CONCLUSÕES APÓS A INVESTIGAÇÃO DOS CASOS.....</i>	156
11.2. <i>PRINCIPAIS INTERVENÇÕES REALIZADAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....</i>	163
11.2.1. <i>ASSISTÊNCIA.....</i>	163
11.2.2. <i>VIGILÂNCIA.....</i>	171
11.2.3. <i>ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS.....</i>	175
12. ARTICULAÇÃO E INSERÇÃO DAS AÇÕES DOS CITV PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO BRASIL.....	178
12.1. <i>CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS: POTENCIALIDADES.....</i>	178
12.2. <i>CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS: FRAGILIDADES.....</i>	185
12.3. <i>CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS PARA ATENDER OS CRITÉRIOS DE INVESTIGAÇÃO PROPOSTOS PELO PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014).....</i>	192
12.4. <i>IMPORTÂNCIA DOS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS PARA A PTVS.....</i>	198
12.5. <i>ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES PERDIDAS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS.....</i>	202
CONCLUSÃO.....	205
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	211
ANEXOS.....	250
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	251
ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE APRECIÇÃO ÉTICA (CEP/HUOL/UFRN).....	267
ANEXO III – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE APRECIÇÃO ÉTICA (CEP LEIDE DAS NEVES FERREIRA/GO).....	274
ANEXO IV – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE APRECIÇÃO ÉTICA (CEP DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA SES/RS).....	286

Índice de Figuras

Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead	16
Figura 2. Mapa do Brasil, 2022.....	21
Figura 3. Mapa do IDHM nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.....	24
Figura 4. Mapa do IDHM-Longevidade nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.....	26
Figura 5. Mapa do IDHM-Educação nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.....	26
Figura 6. Mapa do IDHM-Renda nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.....	26
Figura 7. Tratamento de sífilis no século XVIII, “ <i>pour um plaisir, mil douleur</i> ”, em tradução do francês, “Por um prazer, mil dores”	32
Figura 8. Sífilis adquirida: 7 milhões de novos casos/ano (OMS/2021).....	37
Figura 9. Pontos de atenção da Rede Cegonha nos territórios.....	48
Figura 10. Distribuição dos municípios prioritários do <i>Projeto Sífilis Não!</i> por estado e Distrito Federal, 2018.....	60
Figura 11. Mapa do Brasil, 2022.....	90
Figura 12. Existência de Comitê ou outro espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022	109
Figura 13. Situação do espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	115

Índice de Imagens

Imagem 1. Oficina de capacitação para coleta de dados, Brasil, 2021.....94

Imagem 2. Oficina de capacitação para coleta de dados, Brasil, 2021.....95

Índice de Quadros

Quadro 1. Algumas formas de retratar a sífilis durante os séculos, 1495 a 2012.....	29
Quadro 2. Manifestações clínicas e estágios da sífilis adquirida.....	34
Quadro 3. Lista de políticas, decretos, leis e ações realizadas para redução dos danos e agravos à saúde da mulher e da criança, Brasil, 1937 a 2015.....	45
Quadro 4. Estratégias de ação para eliminação da transmissão vertical da sífilis a partir da década de 90, OPAS/OMS, 1994 a 2019.....	50
Quadro 5. Indicadores e metas de impacto para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis no Brasil.....	58
Quadro 6. Indicadores e metas de processo para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis.....	58
Quadro 7. Diretrizes para implementação dos CITV no Estado do Rio Grande do Sul (RS) – primeiro momento (estado), RS, 2013.....	75
Quadro 8. Diretrizes para implementação dos CITV no Estado do Rio Grande do Sul (RS) – segundo momento (município), RS, 2013.....	75
Quadro 9. Distribuição dos informantes-chave da pesquisa em 26 Unidades Federativas (UF) do Brasil, Brasil, 2022.....	96
Quadro 10. Outros membros que compõem o espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	120
Quadro 11. Existência de protocolo de transmissão vertical da Sífilis, por região, Brasil, 2022.....	127
Quadro 12. Número de casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis <i>versus</i> número de casos de sífilis investigados, em que houve <i>feedback</i> para a rede de atenção à saúde mensalmente, Brasil, 2022.....	134
Quadro 13. Maiores facilidades para a implementação e funcionamento permanente do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	141
Quadro 14. Maiores dificuldades encontradas para a implementação e funcionamento permanente do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	146

Quadro 15. Sugestões para um estado que está começando o processo de implementação do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	150
Quadro 16. Conclusões ou resultados que se chegam após realizadas as investigações dos casos de transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	161
Quadro 17. Intervenções realizadas na área da assistência após conclusões ou resultados dos casos de transmissão vertical da sífilis investigados, por região, Brasil, 2022.....	168
Quadro 18. Intervenções realizadas na área da vigilância após conclusões ou resultados dos casos de transmissão vertical da sífilis investigados, por região, Brasil, 2022.....	174
Quadro 19. Características socioculturais que potencializam as intervenções locais realizadas pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	184
Quadro 20. Características socioculturais que fragilizam as intervenções locais propostas pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	190
Quadro 21. Relatos sobre a importância do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	199
Quadro 22. Estratégias dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis para identificar as possíveis oportunidades perdidas para a Prevenção da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	204

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da avaliação do instrumento de pesquisa pelos especialistas segundo coerência, relevância e compreensão da questão para a pesquisa (concordo ou concordo totalmente), Brasil, 2021.....	93
Gráfico 2. Tempo de atuação do informante-chave no espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	103
Gráfico 3. Percentagem do tempo de atuação do informante-chave no espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	104
Gráfico 4. Tempo de serviço do informante-chave na temática da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	105
Gráfico 5. Percentagem do tempo de serviço do informante-chave na temática da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	105
Gráfico 6. Percentagem da maior titulação do informante-chave, Brasil, 2022.....	107
Gráfico 7. Percentagem da maior titulação do informante-chave, por região, Brasil, 2022.....	107
Gráfico 8. Existência de outro espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	110
Gráfico 9. Percentagem do ano de implementação da investigação da transmissão vertical da sífilis no espaço que realiza as investigações, por região, Brasil, 2022.....	111
Gráfico 10. Percentagem da contribuição do <i>Projeto Sífilis Não!</i> para a inclusão da pauta da sífilis no espaço que realiza a investigação da transmissão vertical, por região, Brasil, 2022.....	113
Gráfico 11. Papel do espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	116
Gráfico 12. Papel do espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	117
Gráfico 13. Percentagem do cumprimento ou não do papel do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	118

Gráfico 14. Percentagem da composição dos membros que realizam a investigação da transmissão vertical da Sífilis, Brasil, 2022.....	120
Gráfico 15. Percentagem da participação do apoiador do <i>Projeto Sífilis Não!</i> como membro do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis durante a vigência do apoio territorial do Projeto, por região, Brasil, 2022.....	122
Gráfico 16. Percentagem da existência de fluxo de processos para entrada e saída dos membros do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	123
Gráfico 17. Periodicidade das agendas do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	125
Gráfico 18. Percentagem da periodicidade das agendas do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	125
Gráfico 19. Razões dadas para a não realização das agendas periódicas dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	126
Gráfico 20. Casos investigados pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	129
Gráfico 21. Casos investigados pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	129
Gráfico 22. Casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.....	131
Gráfico 23. Percentagem de casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.....	132
Gráfico 24. Percentagem de <i>Feedback</i> dos casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis para a RAS, por região, Brasil, 2022.....	134
Gráfico 25. Realização de troca de informações com outros espaços investigativos, Brasil, 2022.....	152
Gráfico 26. Percentagem da troca de informações com outros espaços investigativos, por região, Brasil, 2022.	152
Gráfico 27. Membros que participam da troca de informações entre os espaços investigativos, Brasil, 2022.....	153
Gráfico 28. Contribuições do <i>Projeto Sífilis Não!</i> para interação junto a outros espaços investigativos, Brasil, 2022.....	153

Gráfico 29. Percentagem da contribuição do <i>Projeto Sífilis Não!</i> para interação dos espaços investigativos, por região, Brasil, 2022.....	154
Gráfico 30. Acompanhamento da mãe e da criança pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis após confirmado o caso de transmissão vertical, Brasil, 2022.....	176
Gráfico 31. Percentagem do acompanhamento da mãe e da criança pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis após confirmado o caso de transmissão vertical, por região, Brasil, 2022.....	176
Gráfico 32. Percentagem do acompanhamento da parceria sexual da mãe pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis após confirmado o caso de transmissão vertical, por região, Brasil, 2022.....	177
Gráfico 33. Condições estruturais e funcionais da Rede de Atenção Primária à Saúde para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), Brasil, 2022.....	192
Gráfico 34. Percentagem das condições estruturais e funcionais da Rede de Atenção Primária à Saúde para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), por região, Brasil, 2022.....	193
Gráfico 35. Gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde treinados e motivados para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), Brasil, 2022.....	195
Gráfico 36. Percentagem de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde treinados e motivados para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), por região, Brasil, 2022.....	196
Gráfico 37. Pergunta: O que precisa melhorar no processo de trabalho do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis? Brasil, 2022.....	198
Gráfico 38. Pergunta: Na sua opinião, o processo de implementação dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis deve ser diferenciado de acordo com as especificidades culturais de cada uma das UF?, Brasil, 2022.....	201

Lista de Abreviatura, Siglas e Símbolos

%	Porcentagem
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEVMMI	Comitê Estadual de Vigilância a Morte Materna Infantil e Fetal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CITV	Comitês de Investigação da Transmissão Vertical
CMM	Comitê de Mortalidade Materna
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório central de Saúde Pública
LAIS	Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde
LNF	Leide das Neves Ferreira
MS	Ministério da Saúde
N	Dimensão da amostra

NOAB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Política Nacional de Saúde
Prev-saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PTVS	Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
SEED	Secretaria de Estado da Educação
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SEJUF	Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOGIPA	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná
SUMCA	Supervisão de Cuidados a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
SUPLAG	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TV	Transmissão Vertical

UF	Unidade Federativa
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VS	Vigilância em Saúde

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) milenar, com grande impacto na saúde pública e ligada as iniquidades sociais e de saúde. As maiores taxas de sífilis são prevalentes na população de baixo nível de escolaridade, com piores condições socioeconómicas, relações sexuais não protegidas e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Marques, 2021; Brasil, 2021a), com destaque no agravamento da sífilis congênita (Cavalcante, Silva, Rodrigues, Netto, Moreira & Goyanna, 2012; Araújo, Eri Shimizu, Sousa & Merchán Hamann, 2012; Cunha e Merchan-Hamann, 2015; Teixeira, Santos, Carvalho, Vitor *et al.*, 2017), onde a maior parte das crianças com este diagnóstico são filhos de mulheres pretas ou pardas, com baixa escolaridade, menor acesso a informações sobre a doença e com maiores desigualdades nos cuidados pré-natais (Cavalcante, Pereira, Castro 2017; Marques *et al.*, 2018; Brasil, 2021a).

Apontada como uma das três principais causas de maior agravamento à população brasileira no século XVIII (Carrara, 1996), a sífilis chegou a atingir mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e a sua eliminação foi considerada um desafio global para os sistemas de saúde (OMS, 2008).

No Brasil, em 2020, registrou-se 7,7 casos de sífilis congênita em cada mil nascidos vivos, superior ao aceitável pelas entidades governamentais nacionais e internacionais, que exigem o indicador de eliminação da sífilis congênita de um ente federado como o alcance de 0,5 casos por mil nascidos vivos (Brasil, 2021a).

A sífilis e outras IST continuam relevantes e a apresentar riscos à saúde individual e coletiva da população mundial e sobretudo brasileira, apesar do desenvolvimento e avanços científicos e tecnológicos no setor da saúde em geral, sendo necessário mais produção científica e promoção de estratégias e políticas neste âmbito, de forma a reduzir a sífilis e a prevenir e minimizar os seus impactos, sobretudo em certos grupos mais vulneráveis e minoritários (Lopes, 2007; Dias, Rocha, 2009; Bastos, Almeida, Carneiro, Rivemales, Paiva, 2012; Santos, 2016; Silva, Paiva, Nazareth, Macedo, 2019; Ramos, 2021).

Diante desse cenário epidemiológico, com o objetivo de reduzir a infecção pela sífilis, responsáveis nacionais e internacionais têm lançado estratégias e políticas de combate à doença, principalmente aquelas que envolvem a redução da transmissão vertical (TV) da doença (OMS, 2008). Com efeito, segundo este organismo cerca de 1,5 milhão de mulheres grávidas são infectadas com sífilis todos os anos, e a maioria delas não é tratada, tendo como consequência a contaminação dos filhos (102 mil bebês infectados), com resultados nefastos, tais como óbito neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade, mortes fetais, o que exige estratégias e políticas públicas adequadas para enfrentar e diminuir esta situação (WHO, 2012).

A nível internacional, a partir da década de 90, com a finalidade de enfrentar as IST, em especial a sífilis congênita e em gestante, a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), junto a entidades parceiras, têm induzido estratégias de fortalecimento de políticas públicas para os diversos territórios. Dentre tantas, já em 1995, a OPAS, junto a entidades brasileiras e de outros países da América Latina e Caribe, assumiu o compromisso de elaborar um Plano de Ação que visou à eliminação da sífilis congênita até o ano 2000 (Brasil, 2018a). Em 2006, a OPAS/OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram iniciativas na América Central, incluindo a República Dominicana para fortalecer a prevenção da transmissão materno e infantil do HIV e da sífilis (Teixeira, Belarmino, Vitola & Mendoza-Sassi, 2018).

Sem êxito no alcance das metas de redução da sífilis, mais especificamente aquela de redução da TV em países da Região das Américas, em 2017, a OPAS e a OMS lançaram o *framework* de eliminação da TV da sífilis e reforçaram essa prevenção como prioridade para atingir a meta da taxa de incidência de sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos (OPAS & OMS, 2017). Além disso, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da agenda 2030 integram no seu objetivo 3 saúde e bem-estar, meta 3.2 “*acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos*”, e, na meta 3.3 “*acabar com as epidemias de AIDS (...), doenças transmissíveis*”, dentre elas a sífilis (IPEA, 2021).

No Brasil, em 2014, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou o Protocolo de Investigação da TV da Sífilis, com destaque à formulação dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) (Brasil, 2014a), em convergência aos contornos programáticos das políticas de resposta integrada à saúde da mulher e à criança recém-nascida, bem como às IST (Neto, Alves, Zorzal & Lima, 2008; Lima, 2017). Naquele momento, normatizaram-se as diretrizes e recomendações para os processos investigativos e instalação dos CITV nos Estados e municípios do Brasil (Brasil, 2014a; 2019a).

Os CITV da sífilis fazem parte das estratégias políticas de prevenção e resposta rápida à doença nos diversos territórios brasileiros. As diretrizes para sua constituição e instalação são oriundas dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM) criados nos anos 1980 e ativos até hoje no SUS (Neto, Alves, Zorzal & Lima, 2008; UNICEF, 2020). Ainda que a investigação da TV da sífilis estivesse implícita na política dos CMM, apenas em 2014, com o lançamento do Protocolo de Investigação da TV foram normatizadas as diretrizes e recomendações para instalação dessa prática no âmbito dos CITV.

Os CITV têm por objetivo proporcionar o espaço para que a equipe de saúde analise os eventos de agravos evitáveis e possa apontar medidas de intervenção para a sua região de abrangência, a depender de sua relação com as redes de vigilância e assistência à saúde. Os CITV também têm função educativa, pela sua atuação técnica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, além de investigar as oportunidades perdidas na prevenção da transmissão vertical da sífilis (PTVS). Eles ainda contribuem para a melhoria da informação e qualificação da vigilância e assistência prestada aos usuários do SUS (Brasil, 2014a).

A normatização das diretrizes e recomendações para a investigação da sífilis, dentre tantas outras agendas nacionais e internacionais também não foi suficiente para a redução da TV no Brasil. Com o desabastecimento global da penicilina em 2014, medicamento indicado para o tratamento da sífilis e o único que inibe a TV, teve-se um aumento exacerbado do número de casos da infecção, e então, em 2016 o MS do Brasil declarou a epidemia de sífilis. Nesse mesmo ano, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções

Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, lançou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil (Brasil, 2016a) e, em 2017, a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis (Brasil, 2017a).

Essa última agenda resultou em uma emenda parlamentar de aproximadamente 57 milhões¹ de euros, que foram direcionados pelo Congresso Nacional para as estratégias nacionais que proporcionassem resposta rápida à infecção da sífilis. Para tanto, o MS lançou mão da cooperação científica e tecnológica com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para a implementação do projeto nacional que ficou conhecido como *Projeto Sífilis Não!* (Brasil, 2017b). Esta pesquisa de doutoramento se enquadra como produto do referido Projeto.

Após diversas leituras, compreende-se que o Brasil é um país de dimensão continental, e muito diversificado ao nível geográfico, social, cultural e étnico (Simão & Orellano, 2015; Ribeiro, 2019), que apresenta grandes disparidades regionais. Sobretudo, que carrega demandas de serviços públicos de saúde a partir de necessidades diversas, desde os aspectos de financiamento, quanto à infraestrutura e suporte assistencial clínico (Simão & Orellano, 2015; Ribeiro, 2019).

Constata-se que existem diferentes sistemas culturais mesmo dentro de um único país, com uma pluralidade e desigualdade de recursos aos cuidados e diferentes modelos explicativos de saúde e doença, com práticas e representações de saúde e doença diversas (Kleinman, 1987, Spink, 1993; Helman, 2003; Herzlich, 2004; Ramos, 2004, 2007, 2016). Sistemas, modelos e práticas de saúde que refletem as dimensões sociais, econômicas, (inter)culturais, étnicas, políticas, desigualdades sociais e de gênero, no acesso à saúde e na proteção e prevenção, designadamente nas IST, como por exemplo a sífilis (Ramos, 2004, 2012, 2021; Antunes, 2010; Bäckström, 2010; Martin, Goldberg & Silveira, 2018; Hoefel, Severoe & Washington, 2019; Borja & Ramos, 2020).

¹ A emenda parlamentar teve o valor de 200 milhões de reais (Brasil, 2018b, 2019b).

Para melhor compreendermos as dinâmicas territoriais, a organização, o processo de trabalhos, potencialidades e desafios dos territórios no que diz respeito às agendas dos CITV da sífilis, optou-se por realizar uma pesquisa de doutoramento sobre as agendas dos CITV de forma regionalizada no Brasil.

Considerando todos os aspectos já supramencionados, o interesse em estudar sobre os CITV da sífilis também é oriundo da nossa trajetória e experiência profissional como técnica do MS e pesquisadora do *Projeto Sífilis Não!* O trânsito entre as tarefas trouxe a oportunidade de acompanhar a pauta dos CITV nas diversas regiões brasileiras, bem como a percepção sobre a importância desses espaços investigativos como instrumentos de política pública capazes de identificar as oportunidades perdidas na PTVS e propor medidas de intervenções para a qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Toda essa vivência que também ratificou a importância de considerar as dimensões multi e interculturais dos diversos territórios, para o alcance da eliminação da sífilis congênita, e redução da sífilis adquirida e em gestantes.

Por outro lado, foi verificado que ainda é necessário desenvolver a análise das fragilidades e potencialidades das agendas dos CITV nos diversos territórios. A literatura nacional e internacional sinaliza a importância dos CITV para a resposta rápida à sífilis. No entanto, quase não há estudos que aprofundem o papel dos CITV e os seus aspectos intrínsecos às práticas e perspectivas multi e interculturais que incidem na sua implementação, sustentabilidade, organização, dentre outros. Nesse contexto, esta pesquisa de doutoramento contribuirá para exploração de dados sobre as agendas dos CITV para as políticas públicas de saúde e para as dimensões multi e interculturais das agendas de saúde.

Parte-se das seguintes perguntas de pesquisa:

1. Qual a situação dos CITV da sífilis nas unidades federativas brasileiras?
2. Qual o papel dos CITV da sífilis nas unidades federativas brasileiras para a resposta rápida a sífilis nas diferentes regiões do Brasil?
3. Quais as dinâmicas de organização e processo de trabalho dos CITV da sífilis nas unidades federativas brasileiras para a resposta à sífilis nas diferentes regiões do Brasil?

4. Quais as facilidades e dificuldades regionais para a implementação e sustentabilidade dos CITV nas unidades federativas brasileiras nas diferentes regiões do Brasil?
5. Quais as características socioculturais que potencializam ou fragilizam as intervenções realizadas pelos CITV nas unidades federativas brasileiras nas diferentes regiões do Brasil?

O nosso objetivo geral é analisar o papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) da sífilis, no Brasil, para a prevenção da transmissão vertical da sífilis. Para alcançá-lo foram traçados os seguintes objetivos específicos: 1) mapear os CITV da sífilis em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal; 2) descrever e analisar as principais iniciativas realizadas e decisões tomadas pelos CITV em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal; 3) analisar a articulação e inserção das ações dos CITV para a prevenção da transmissão vertical da sífilis no Brasil.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A recolha dos dados foi realizada por entrevistas, com suporte de um questionário semiestruturado constituído por perguntas abertas e fechadas, realizadas junto a informantes-chave de comitês e/ou espaços de investigação da TV da sífilis em 25 estados brasileiros e no Distrito Federal. Os dados foram analisados no *software Excel* com recurso à técnica de análise de conteúdo.

A pesquisa foi estruturada em duas grandes partes: Parte 1 – Enquadramento teórico, distribuído em três capítulos. Capítulo I - Epistemologia da saúde, interculturalidade e sífilis no Brasil); II, Políticas públicas em saúde - saúde da mulher, da criança e de IST no SUS do Brasil; III - CITV como intervenção de saúde pública no SUS do Brasil). Parte 2 – Estudo empírico, organizado em dois capítulos: IV - Opções metodológicas; e V - Apresentação, análise e discussão dos resultados. Posteriormente, a tese é finalizada com a conclusão, seguida das referências bibliográficas e anexos.

Por fim, vale aqui deixar registrado, como poderá ser observado nos resultados empíricos desta pesquisa, apesar de que os entes federados utilizam diversas

nomenclaturas para se referirem aos espaços investigativos da sífilis, todavia, optamos por utilizar a nomenclatura comitês no título, perguntas de pesquisa e objetivos, pois essa é a designação em geral mais utilizada nas políticas públicas nacionais e internacionais, e também para se referir aos diversos espaços investigativos da TV no Brasil e no mundo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

**CAPÍTULO I – EPISTEMOLOGIA DA SAÚDE,
INTERCULTURALIDADE E SÍFILIS NO BRASIL**

1. O QUE É A EPISTEMOLOGIA?

A epistemologia é o estudo do conhecimento. É a área que estuda a origem e construção do conhecimento em uma relação concomitante com a metafísica, a lógica e o empirismo. A literatura afirma que a epistemologia é um campo importante da ciência e da filosofia em que grandes filósofos, como Piaget, Bachelar, Foucault, dentre outros, se debruçaram durante o século XX para refletir sobre esse amplo e complexo tema com a finalidade de entender a construção do conhecimento em diversas áreas (Verdi, da Ros, Cutolo & Souza, 2016; Tasser, 1994).

Os modelos conceituais em saúde fazem parte dessa discussão. Durante décadas, o conceito e o entendimento sobre o processo de saúde e doença foi evoluindo, e para entender esse processo ao longo do tempo precisamos compreender o conhecimento epistemológico da saúde, ou seja, o estudo do conhecimento sobre o processo de saúde e adoecimento no tempo e no espaço (Ramos, 2004; Verdi, da Ros, Cutolo & Souza, 2016).

1.1. MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE E INTERCULTURALIDADE

Desde os primórdios da humanidade, encontramos costumes, crenças e práticas diversas associadas ao processo de saúde e adoecimento da população, constatando-se que a dimensão cultural é determinante. A saúde e a doença estão associadas a uma multiplicidade e interação de fatores socioculturais, económicos, psicológicos, ambientais, biológicos e políticos (Minayo, 1988; Ramos, 2004; Borja & Ramos, 2020). Nestes pontos, Ramos (2004, p. 97) afirma: “A saúde e a doença física e mental, enquanto processos dinâmicos e complexos resultantes da interação de causas múltiplas, internas e externas, que ocorrem ao longo do tempo e em contextos específicos, exigem modelos biopsicossociais, integrativos, ecológicos e multifactoriais”.

Corroborando com estes aspectos multifactoriais no processo de saúde e adoecimento, teóricos como Ngokwey (1988), Estrella (1985), Calnan (1988), Foucault (1979) e Boltanski (1984) pontuam que as práticas de saúde dos

indivíduos partem também do conhecimento experienciado pelos sujeitos (Minayo, 1988; Oliveira, 2002), entre eles aqueles associados à medicina científica e às crenças religiosas (Minayo, 1988).

A partir do conhecimento experienciado, para Durkheim (2007, p. 3), o agir e sentir de cada indivíduo são baseados em fatos sociais, que são reconhecidos por seu poder de coerção externa exercida sobre os sujeitos, “esses tipos de conduta ou de pensamento não apenas são exteriores ao indivíduo, como também são dotados de uma força imperativa e coercitiva em virtude de qual se impõem a ele, quer ele queira, quer não”, aspectos multifatoriais interligados à cultura, crenças e práticas, como exemplo, os hábitos de uma criança são definidos no contexto social ao qual ela está inserida, como o processo de formação educacional, rotina alimentar, hora de dormir, e demais aspectos que norteiam o cotidiano de um indivíduo.

Kleinman (1980), um especialista nos estudos sociais e culturais sobre o processo de saúde e adoecimento da população, desenvolveu o conceito de *health care system*, “o qual reúne as noções etiológicas e explicativas de saúde e doença, a escolha dos tratamentos e os papéis e estatutos atribuídos aquando dos tratamentos, exprimidos nas sociedades complexas por uma estrutura formada por três setores de assistência à saúde: popular, tradicional e profissional (Ramos, 2004, p. 104). A popular associa-se principalmente às relações familiares, rede social e comunitária. A tradicional, às práticas de saúde realizadas por condutas religiosas, benzedores, curandeiros, ou outras formas similares relativas a alternativas de cura. Já as práticas profissionais são aquelas da biomedicina, baseada no modelo científico e biológico (Oliveira, 2002).

Portanto, existem no mundo e nos diferentes sistemas culturais uma grande variedade de representações e de práticas de saúde e doença, uma pluralidade de recursos aos cuidados e diferentes modelos explicativos de saúde e doença (Kleinman, 1987, Spink, 1993; Helman, 2003; Herzlich, 2004; Ramos, 2004;). Considerando as explanações acima, a literatura salienta que para atender ao

sofrimento dos doentes, é possível que a medicina² tenha surgido junto com a criação da humanidade, mas os processos de saúde e doença como hoje conhecemos mudaram ao longo dos séculos e fazem parte de uma resposta às necessidades culturais, interculturais e sociais (Hegenberg, 1998).

Oliveira e Egry (2000) afirmam que as diferentes teorias sobre o processo saúde-doença ao longo dos séculos podem ser caracterizadas de duas formas: as vertentes ontológicas que afirmam a doença como uma entidade natural ou sobrenatural, manifestada por meio de um agente externo que invade o corpo, e a vertente dinâmica, essa última que traz a ideia de que a doença está associada à desarmonia entre as forças vitais³ do indivíduo e é vinculada às teorias das tradicionais medicinas hindu e chinesa (Oliveira & Egry, 2000).

Os povos primitivos acreditavam que as doenças eram causadas pela vertente ontológica, por fatores sobrenaturais trazidos por deuses malévolos, tempestades, ventos, ou similares que castigavam e até feriam a alma das pessoas se elas descumprissem os mandamentos religiosos da época. Esse castigo poderia ser individual ou uma punição coletiva, sendo essa última a que dá a origem às epidemias. Aqui, o tratamento das doenças só era possível se o doente confessasse a própria culpa sobre o seu adoecimento e se comprometesse a tornar-se uma pessoa melhor, a partir disso, a cura da doença era possível e realizava-se por rituais realizados por indivíduos considerados bruxos⁴ (Hegenberg, 1998).

Com a chegada do período clássico surgiu a Teoria Hipocrática, originada de Hipócrates, o pai da medicina moderna. Nessa teoria a doença foi reconhecida como natural dos seres humanos. A medicina hipocrática do século V e IV a.C. observou que o processo de adoecimento estava relacionado a fatores externos e sociais como o clima, geografia, trabalho e alimentação (Bastistella, 2007). No entanto, na idade média, com a forte influência do cristianismo em curar a alma

² Aqui o autor se refere ao conceito amplo de medicina como a área de conhecimento que cuida da saúde de outro indivíduo.

³“(...) valorizando a interação de outras instâncias superiores da individualidade humana (mente, alma e espírito) no equilíbrio fisiológico-vital, a concepção vitalista inclui a influência dos pensamentos, sentimentos e emoções” (Teixeira, 2017, p. 145).

⁴ Aqui o autor se refere a pessoas que realizam rituais para curar os doentes.

e com a forte crença da cura pelas práticas religiosas e a utilização de amuletos, água benta, exorcismo, dentro outros, nesse ínterim, a Teoria Hipocrática teve retrocessos com o forte abandono da prática clínica de Hipócrates (Verdi, da Ros, Cutolo & Souza, 2016).

Passado algum tempo, autores afirmam que ao final da idade média veio à tona a preocupação com as formas de transmissão das doenças, e a prática clínica de Hipócrates voltou a ser levada em consideração, pois a Europa estava vivenciando uma crescente corrente de epidemias (Andery et al., 1988).

Com a necessidade de entender o processo de transmissão das doenças a Teoria dos Miasmas de Hipócrates afirma que a sua transmissibilidade era dada através de gazes e sujeiras encontradas em lugares insalubres, como em lixos, esgotos e até em cadáveres. Nessa teoria, a forma de prevenir a saúde da população foi a de interditar qualquer local considerado insalubre, e a decisão partiu do entendimento de que assim a doença não poderia mais ser propagada (Mastromauro, 2011).

A partir dos desenvolvimentos dos estudos sobre os processos de saúde e adoecimento a teoria dos miasmas foi derrubada. Chegando o século XIX a ciência carregava novos paradigmas, dentre eles, aqueles associados aos estudos da anatomia humana e aos experimentos observados em cadáveres dissecados e em estudos sobre a fisiologia e a patologia humana, estes que buscaram entender o funcionamento do corpo humano e o processo biológico de adoecimento (Oliveira & Egry, 2000).

Além disso, no final do século XIX, os bacteriologistas Koch e Pasteur foram entusiastas nas descobertas de novos paradigmas sobre o processo de saúde e doença (Buss & Filho, 2007). Os experimentos desses dois bacteriologistas foram fundamentais para algumas descobertas, dentre elas, que os microrganismos são os responsáveis pela transmissão das doenças (Hegenberg, 1998) e que as doenças estão associadas aos agentes etiológicos e aos seus meios de transmissão (Mastromauro, 2011). Aqui tivemos um marco nos modelos conceituais de saúde, conhecendo a origem das doenças e a sua transmissão, chegando o século XX, na década de 10, houve o desenvolvimento

da formação do movimento de saúde pública conhecido como médico-sanitário e hegemônico (Queizos & Merhy, 1993)

O modelo de saúde médico-sanitário e hegemônico é unicausal, focado em tratar a doença, e não observava os indivíduos de forma holística, negava qualquer outro saber que não o médico centrado⁵, negava a saúde pública, a saúde mental e as ciências sociais. O conhecimento e as práticas de saúde prezavam pelo autoritarismo e pelo lucro financeiro com a doença, pelas despesas com hospitais, exames e remédios (Verdi, da Ros, Cutolo & Souza, 2016). Os teóricos Stroebe e Stroebe (1995) pontuam que o modelo de saúde biomédico é focalizado nas causas biológicas, e os fatores sociais e psicológicos são ignorados no processo de saúde e adoecimento. Além disso, nos meados da década de 50, o sociólogo Talcott Parsons observou que este modelo de saúde se constituía como “um meio de controle e regulação social” (Herzlich, 2004, p. 385).

Indo contra o movimento médico-sanitário, a partir da década de 70, os movimentos sociais, incluindo o da reforma sanitária no Brasil, marcado pelas reivindicações dos direitos à saúde, levantaram a necessidade de ser revisto o modelo de saúde brasileiro, até então hegemônico (Rodrigues, 2015; Buss e Filho, 2007). Na ocasião, durante a década de 70, foram realizados os primeiros estudos de epidemiologia social, incluindo os dos estudiosos Norbert Elias, François Dubet e Claudine Herzlich, estes começando a observar que o processo de saúde e adoecimento estão associados a outros fatores, que não só os biológicos, incluindo questões de gênero, corpo, emoções e considerando as perspectivas individuais no processo de saúde e adoecimento (Herzlich, 2004; Rodrigues, 2015; Buss e Filho, 2007;).

Neste contexto, a partir dos movimentos sociais, estudos da epidemiologia social e contributos da psicologia, passou-se a compreender que o processo de saúde e doença é multicausal, envolvendo aspectos culturais, sociais, psicológicos, físicos e biológicos, entendimento que contribuiu para a origem do conceito de saúde baseado numa perspectiva integrada e holística (Ramos, 2004), nos

⁵ Saber centralizado no profissional médico (Verdi, da Ros, Cutolo & Souza, 2016).

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) utilizado até os dias atuais (Rodrigues, 2015; Buss e Filho, 2007).

Chegada à década de 80, no Brasil, respondendo as reivindicações sociais, a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 descreveu a saúde como direito de todos e dever do estado, o que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro na década de 90. O SUS tem dentre os seus princípios a equidade em saúde, e compreende que os sujeitos têm necessidades individuais. Em busca, até hoje, de eliminar as desigualdades sociais em saúde, o SUS abarca em seu escopo os DSS para promover e prevenir a saúde da população e promover o acesso à saúde (Neri & Soares, 2002).

Whitehead (1992) afirma que os DSS são capazes de apresentar as condições sociais responsáveis pelas iniquidades em saúde. Corroborando com esse pensamento, a literatura científica nacional e internacional ratifica que os DSS são fundamentais para a determinação dos processos de saúde e adoecimento da população. Neste ponto, ambas as literaturas têm afirmado que ao realizar a correlação dos DSS é possível ampliar as políticas públicas que possam reduzir as iniquidades e avançar na construção políticas de saúde com mais equidade e culturalmente adaptadas (Kleinman, 1978, 1980; Almeida-Filho, Kawachi, Pelegrini-Filho & Dachs 2003; Ramos, 2004, 2007, 2008a, b).

Sobre esses pontos, Ramos (2012a,b, 2013a,b, 2016, 2021) também ratifica que, tendo em conta a crescente globalização, mobilidade populacional e multiculturalidades das sociedades do século XXI, designadamente da sociedade brasileira, as dimensões socioculturais e interculturais deverão ser consideradas no processo de saúde e adoecimento da população, bem como nos comportamentos de risco e na prevenção.

Para explicar os DSS, existem alguns modelos teóricos que buscam esquematizar a relação dos diversos fatores que estão relacionados ao processo de saúde e doença dos indivíduos. Um deles, o modelo de Dahlgren e Whitehead, elaborado ao final do século XX, Figura 1, demonstra que os DSS vão de aspectos individuais, a macroestrutura econômica, social e cultural.

Todos necessários para compreensão total do processo de saúde e adoecimento de cada indivíduo (Ceballos, 2015).

Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Buss & Filho (2007, p. 84).

Hoje, no Brasil, o modelo conceitual de saúde seguido é baseado nos DSS (Ceballos, 2015), o qual corrobora com a definição de saúde da OMS, ratificada na Declaração de Alma Ata: “saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Declaração de Alma Ata, 1978, p. 1).

Nesse sentido, no Brasil, o modelo de determinação social da saúde mais estudado é o de Dahlgren e Whitehead (Ceballos, 2015), este sendo também um dos modelos mais referidos na literatura nacional e internacional, e, foi adotado para as definições dos DSS da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) do Brasil, ambos no século XXI. A OMS refere que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e a CNDSS atribui os DSS aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (Buss e Filho, 2007).

1.2. FATORES CULTURAIS E SOCIAIS E DESIGUALDADES EM SAÚDE

O mundo globalizado é responsável pelo aumento da multi e interculturalidade da sociedade e a coabitação das diversidades culturais (UNESCO, 2009; Ramos, 2011). Estas se refletem nas dimensões sociais, econômicas, culturais, étnicas, política, desigualdades sociais e de gênero, que interferem na saúde e doença, no acesso à saúde e na sua proteção e prevenção, designadamente nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como por exemplo a sífilis (Antunes, 2010; Bäckström, 2010; Martin, Goldberg & Silveira, 2018; Hoefel, Severoe & Washington, 2019).

Estudos afirmam que os grupos socialmente desfavorecidos e com menos escolarização têm menos recursos e acesso aos serviços de saúde, logo são marcados por mais desigualdades em saúde (Ramos, 2004; United Nations Population Fund, 2006; Fonseca, Esteves, MCGarrigle & Silva, 2007; Derose, Escarce & Lurie, 2007; Dias, Rocha & Horta, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010).

Para a literatura, os grupos desfavorecidos são aqueles que carregam mais fatores de vulnerabilidade social e de saúde, e no que tange à vulnerabilidade em saúde, ela está relacionada às desigualdades de acesso a bens e serviços públicos de saúde, onde o vulnerável é o mais suscetível por não alcançar um adequado nível de qualidade de vida na sociedade pelas suas condições sociais, econômicas, culturais já supracitadas, mas também pelas questões de gênero (Ramos, 2004, 2009a; Rocha, Dias & Gama, 2010; Rocha, Dias & Gama, 2010; Dias, Gama, Pingarilho, Simões e Mendão, 2016; Carmo e Guizardi, 2018), como, por exemplo, as questões de desigualdades e vulnerabilidades de gênero associadas às mulheres.

Neste ponto, Dias e Gonçalves (2007), Santos (2016) e Jacques et al (2018) afirmam que por mais que as políticas de saúde tenham por premissa assegurar a universalidade do serviço, os direitos garantidos à justiça e à seguridade social, estudos que analisaram a equidade da atenção à saúde das mulheres na América Latina e Caribe observaram que as mulheres em maior situação de vulnerabilidade, dentre elas as negras e pobres, têm maiores desvantagens no acesso ao serviço e atenção adequada. Para Spivak as pessoas do gênero

feminino estão mais susceptíveis a problemas de doenças, por estarem inseridas em grupos subalternos, ou seja, aqueles que estão mais excluídos e à margem da sociedade, o mais vulnerável, ainda mais quando unido a questões culturais e étnico-raciais, mais desprivilegiadas, como as mulheres pretas e pobres (Bebiano, 2017).

Outros aspectos a serem considerados nas desigualdades sociais são explicados por Helman (1994), Ramos (2002, 2004, 2009b) e Rocha, Dias e Gama (2010), os autores pontuam que aspectos de dimensões sociais e inter e multiculturais refletem-se nas desigualdades sociais, e se correlacionam ao processo de saúde e adoecimento dos indivíduos, também observados na taxa de mortalidade da população, em particular infantil e materna. Sobre este aspecto, Helman (1994) afirma que indivíduos de classes sociais mais baixas apresentam uma maior taxa de mortalidade, quando comparados aos seus conterrâneos com melhor poder aquisitivo. Concomitante, Helman (1994) pontua que as piores condições de saúde estão associadas à baixa renda, qualidade da água, alimentação, saneamento e moradia.

Adam e Herzlich (2001) e Boltanski (2004) explicam que as diferenças sinalizadas por Helman (1994) também podem ser observadas no que refere ao objetivo da procura por atendimento médico, quando comparadas às classes sociais mais e menos privilegiadas. Para Adam e Herzlich (2001) e Boltanski (2004), as pessoas com menor poder aquisitivo procuram o atendimento médico em situações mais complexas, urgentes e com intenção curativa, neste cenário, as hospitalizações são mais frequentes. Já os indivíduos com melhores condições socioeconômicas procuram o médico com intenção mais preventiva da sua saúde.

Além disso, por vezes os sujeitos de camadas privilegiadas buscam atendimento junto a uma especialidade, o que pode qualificar ainda mais o atendimento, no entanto, este acesso mais facilitado aos especialistas nem sempre é garantido para os sujeitos com menos recursos, mesmo diante do quadro do SUS brasileiro (Adam & Herzlich, 2001; Boltanski, 2004).

Trazendo o olhar da política pública para o processo de saúde e adoecimento das populações em situações de vulnerabilidade, Santos (2016) aborda que a ausência de políticas públicas mais eficientes e a não consideração aos fatores inter e multiculturais são corresponsáveis pelo alto grau de transmissibilidade de IST em populações mais vulneráveis.

Além disso, Ramos (2004) e Lopes (2007) abordam que a comunicação em saúde como ferramenta indutora da política pública é fundamental na estratégia de cuidado dos indivíduos. As autoras afirmam que para que as campanhas e comunicação entre profissionais da saúde e utentes consigam alcançar o cuidado à saúde integral das pessoas também é necessário observar os comportamentos, representações e modelos de saúde de cada indivíduo, considerando as crenças, valores, cultura e dimensões sociais e multiculturais diversas inerentes à vivência e experiência de cada pessoa. Nesse sentido, as autoras acentuam que a comunicação unilateral, onde apenas é considerado o saber científico e técnico, não tem sido eficiente para o processo de cuidado dos utentes, sendo necessário estratégias comunicacionais adequadas, que respeitem os valores, as crenças e atitudes dos diversos indivíduos. Deste modo, a comunicação passa a ser mais adequada, assertiva e eficaz.

Diante ao exposto, a literatura nacional e internacional afirma que o reconhecimento e respeito à diversidade no século XXI se faz norte para construção conjunta do fortalecimento de laços, dos saberes e práticas (Lopes, 2007; UNESCO, 2009; Ramos, 2011; Gomes, 2012). Para corroborar com esse reconhecimento e respeito, Ramos (2009a, 2012a) e Santos (2016) afirmam a importância de pesquisas e políticas agregadoras, que contemplem a diversidade e as diferenças epistemológicas e seus significados no século XXI, período composto por indivíduos e grupos de diversas origens, culturas, etnias, crenças e estados socioeconômicos distintos. Nesse sentido, Dias, Gama, Severo e Barros (2010) destacam que abordagens mais inovadoras podem melhorar as estratégias de prevenção as IST.

Já para Ennes, Ramos & Suárez (2018), assim como para Santos (2016), o modelo pluralista de gestão e da diversidade na condução das políticas públicas

deve estar atrelado às questões inter e multiculturais, pois em um mesmo espaço pode haver grupos que agem de formas diferentes, existindo grande diversidade cultural. Sendo ratificado pelos autores a necessidade de as políticas públicas integrarem todos, respeitando a autonomia dos sujeitos, empoderando-os, e com o objetivo de gerar a integração dos sujeitos por meio da interculturalidade.

1.3. TERRITÓRIO BRASILEIRO: INTERFACES DA DIVERSIDADE E OS REFLEXOS NO PROCESSO DE SAÚDE E ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO

O nosso planeta é cada vez mais miscigenado e aberto, fruto da globalização e dos fluxos migratórios internacionais e também dentro dos países e regiões. Nas sociedades atuais coabitam indivíduos e grupos de diversas origens culturais e étnicas, com diferentes representações, crenças, hábitos, línguas, comportamentos, designadamente em relação à educação, à saúde e à doença e às formas de cuidar, de proteção e de comunicação (Ramos, 2008a,b, 2009a,b, 2011, 2013a,b). Elementos que evidenciam a necessidade de debater as pluralidades e heterogeneidades diversas e integrar metodologias holísticas, multi/interdisciplinares e agregadoras na análise do processo de saúde e adoecimento frente à complexidade, às desigualdades e à interculturalidade dominante nas sociedades do século XXI (Ramos, 2004, 2012a,b, 2016,2017,2020; Rangel & Ramos, 2017).

Rocha, Dias e Gama (2010) abordam que no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, quanto maior a escolaridade do indivíduo, mais conhecimento ele detém sobre a temática. Outras questões trazidas por Rocha, Dias e Gama (2010) e Mareco (2017) é que a depender da origem do indivíduo, ou seja, suas crenças, valores, contexto sociocultural, incluindo aqueles associados às políticas de saúde, os indivíduos terão um conhecimento mais qualificado ou não sobre o processo de prevenção à saúde, notoriamente sobre as IST.

No entanto, considerando a dimensão inter e multicultural do cenário brasileiro há desigualdades sociais em saúde desde a sua criação, tanto de caráter socioeconômico, quanto sanitário e educacional (Rodrigues-Filho, 1987). Autores pontuam que estas desigualdades sociais são consequência da herança

história política e econômica do país, tanto de aspectos estruturais quanto organizacionais (Albuquerque, Viana, Lima, Ferreira, Fusaro & Lozzi, 2017; Pedrana, Trad, Pereira, Torrenté & Mota, 2018). Nesse sentido, a literatura afirma que o Brasil é um importante caso para estudar a equidade⁶ e as desigualdades em saúde a partir de um sistema público de saúde universal, de um país que busca erradicar a pobreza, com contexto muito diverso e complexo no domínio cultural e sanitário, que se refletem diretamente em certos extratos populacionais terem maiores chances e riscos de alcançar desfechos desfavoráveis, notoriamente de morbimortalidade (Neri e Soares, 2002).

A população do Brasil é miscigenada (Brito, 2016), formada pela interação entre os europeus, africanos e nativos indígenas, somada às correntes imigratórias de alemães, italianos, espanhóis, japoneses e sírio-libaneses. Organismos internacionais apontam que todos esses grupos contribuíram para a formação étnica atual da população brasileira, fatores que também potencializam a diversidade sociocultural do país (PNUD, 2021).

O território nacional brasileiro é dividido em cinco regiões, vide Figura 2, com diferentes estruturas, o país tem 26 Estados e um Distrito Federal que comportam mais de 5 mil municípios, distribuídos em todo o território nacional (IBGE, 2021).

Figura 2. Mapa do Brasil, 2022.



Fonte: Google imagens, 2022.

⁶ A equidade pode ser horizontal ou vertical, a primeira refere-se que indivíduos com iguais necessidades de saúde devem ser tratados de forma igual, já a equidade vertical é baseada no fato de pessoas com necessidades diferentes deveriam receber cuidados diferentes, conforme as suas necessidades (Neri & Soares, 2002).

O Brasil, um país de dimensão continental e muito diversificado ao nível geográfico, social, cultural e étnico, apresenta grandes disparidades regionais, que carregam demandas de serviços públicos de saúde a partir de necessidades diversas, desde os aspectos de financiamento, quanto à infraestrutura e suporte assistencial clínico (Simão & Orellano, 2015; Ribeiro, 2019).

Corroborando com esse pensamento, autores da década de 80 já sinalizavam a preocupação na distribuição dos recursos de saúde (infraestrutura e recursos humanos), por estes serem caracterizados por uma desigualdade geográfica acentuada, onde os recursos, desde longa data, já eram acumulados nas áreas mais ricas do Brasil, a exemplo da região Sudeste (Rodrigues-Filho, 1987). Por outro lado, a literatura afirma que a fragmentação social é demarcada de forma expressiva no norte e nordeste do país (Pochamann et al., 2004).

Para garantir o direito à saúde da população, o sistema de saúde brasileiro busca atender todos os níveis de complexidade em saúde para as diversas populações de todas as regiões do território nacional. O SUS brasileiro é norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e a equidade, este último reconhecendo as necessidades dos diferentes grupos e atuando para reduzir o impacto das desigualdades em saúde e a busca a equidade no acesso aos serviços e cuidados prestados à saúde da população (Paim, 2009; Brasil, 2000; Reis, Araújo & Cecílio, 2021). No entanto, a literatura pontua que na primeira década de implementação do SUS (1990 - 2000), os serviços e equipamentos de saúde já eram proporcionalmente distribuídos de forma desigual, como exemplo, os equipamentos de alta e média complexidade com maiores concentrações nas capitais e grandes metrópoles (Albuquerque, Viana, Lima, Ferreira, Fusaro & Lozzi, 2017).

Para cumprir com os preceitos do SUS, aqui referindo equidade na distribuição de recursos entre as diferentes regiões do Brasil, em 1990, a *Lei Nº 8.080/1990*, responsável por determinar a estrutura da organização do SUS, enfatiza que os recursos devem ser alocados de forma equitativa, respeitando as necessidades de cada região (Simão & Orellano, 2015). Ao encontro desse pensamento, a *Lei Nº 8.142/1990*, que dispõe sobre a participação da comunidade e da

transferência intergovernamentais de recursos no SUS, previu a distribuição dos recursos de forma per capita (Carvalho, 2021).

Ambas as leis correspondem às diretrizes de equidade, posteriormente descritas pela OMS, no ano 2000, as quais apontam que o financiamento de todos os sistemas de saúde no mundo deve ser justos e corresponderem às necessidades da população (Mesa-lago, 2007). Mas, mesmo com todo arcabouço jurídico-legal, ainda no século XXI há barreiras socio-estruturais que impedem a concretização do acesso universal, equânime e integral preconizado pelos princípios do SUS (Sousa, Medeiros, Gurgel & Albuquerque, 2014). Barreiras estas que podem ser identificadas nas fragmentações regionais, representadas no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países, ou pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por território brasileiro (PNUD, 2020a).

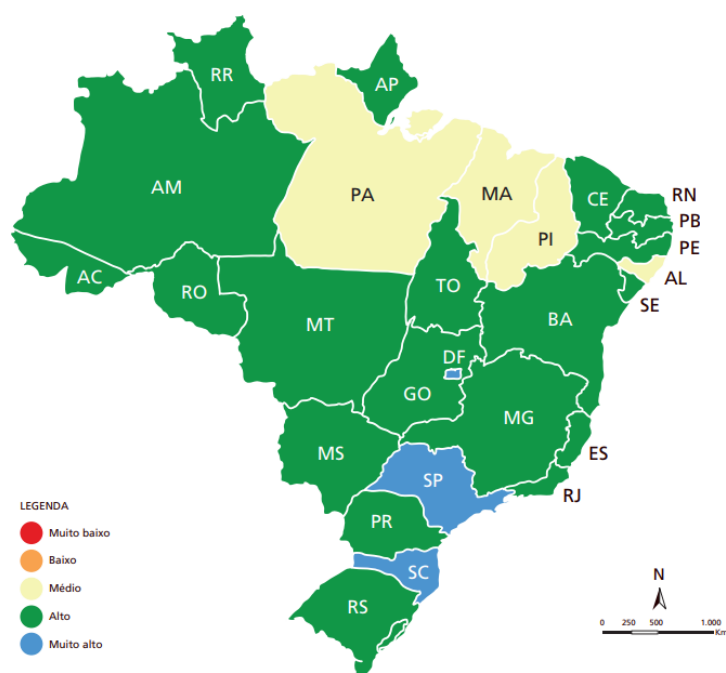
Tendo por objetivo oferecer um contraponto a outro indicador já utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB), *per capita*, que até então só considerava a dimensão econômica para o desenvolvimento, em 1990, o IDH foi criado pelo Programa das Nações Unidas (PNUD). Com a sua criação, as dimensões longevidade, educação e renda passaram a ser observadas no processo de desenvolvimento de uma sociedade (PNUD, 2020a).

Com objetivo de medir o desenvolvimento humano nos municípios, estados, regiões metropolitanas e bairros brasileiros, o PNUD e parceiros, Fundação João Pinheiro (FJP) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), adaptaram a metodologia do IDH global, e criaram o IDHM ao final da década de 90. O IDHM correlaciona as dimensões longevidade, educação e renda aos indicadores nacionais, como exemplo, aqueles associados à mortalidade infantil, para assim, avaliar de forma adequada o índice de desenvolvimento humano dos territórios brasileiros (PNUD, 2021).

Quando observamos as dimensões do IDHM percebemos disparidades interestaduais e regionais no desenvolvimento das regiões brasileiras, vide Figura 3. Para base de cálculo do IDHM, quanto mais próximo de 1 mais alto é o desenvolvimento humano da localidade. Em 2017 o IDHM do Brasil foi de

0,778, no entanto, apenas o Distrito Federal, localizado na região centro-oeste, e os Estados das regiões Sudeste e Sul da amostragem tiveram IDHM superior ao do país. Nesse ponto, o Distrito Federal atingiu o maior IDHM com 0,850, seguido do estado de São Paulo (0,837). Por outro lado, Maranhão e Alagoas, estados da região Nordeste, tiveram os menores IDHM do país, respectivamente, 0,687 e 0,683 (IPEA, PNUD & FJP, 2019).

Figura 3. Mapa do IDHM nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, PNUD & FJP, 2019).

Dos cenários apresentados no parágrafo anterior estendem-se as microanálises, por macrorregião do Brasil. Conforme as Figuras 4, 5, e 6, há disparidades entre as regiões brasileiras para todas as dimensões analisadas no IDHM. Na dimensão longevidade e esperança de vida ao nascer, um Estado da região Nordeste apresenta o menor índice e no outro extremo um Estado da região Centro-oeste apresenta o maior índice, respectivamente, Maranhão (0,764) e Distrito Federal (0,890), com disparidade de 7,5 anos a menos, a expectativa de vida da população do Estado do Maranhão, quando comparada à do Distrito Federal (IPEA, PNUD & FJP, 2019).

Na dimensão educação, um Estado da região Sudeste teve o maior índice e três estados da região Nordeste tiveram os piores, respectivamente, São Paulo

(0,828), como melhor índice, e, Alagoas (0,636), Sergipe (0,640) e Bahia (0,654) com os índices mais baixos. Por fim, na dimensão renda, as disparidades sociais ainda são mais nítidas, as regiões Norte e Nordeste apresentam de forma significativa os menores valores de IDHM por renda (IPEA, PNUD & FJP, 2019).

Figura 4. Mapa do IDHM-Longevidade nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.

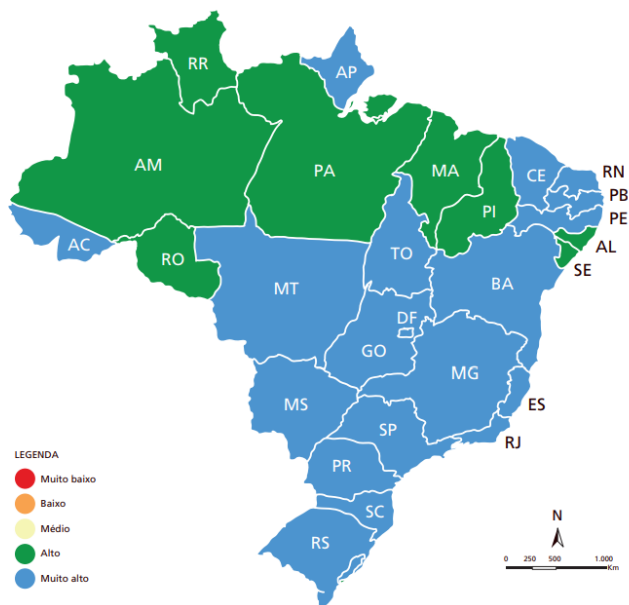


Figura 5. Mapa do IDHM-Educação nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.

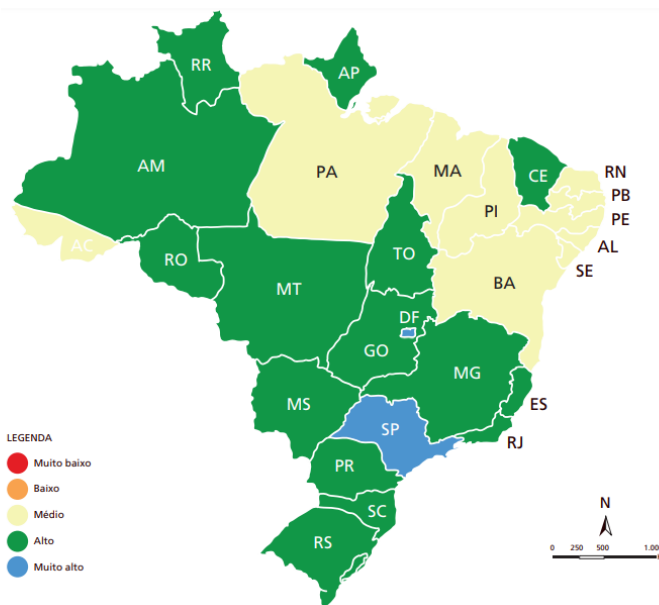
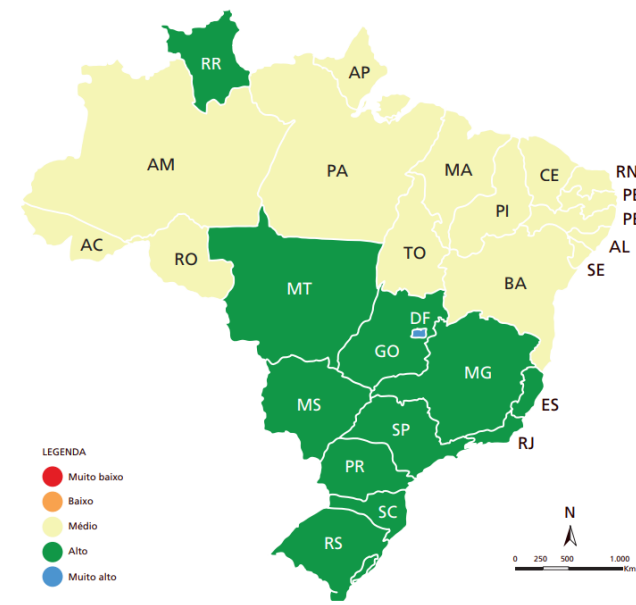


Figura 6. Mapa do IDHM-Renda nas Unidades Federativas Brasileiras, 2017.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, PNUD, FJP, 2019).

Além desses aspectos, demonstrados nas figuras acima, instituições nacionais e internacionais afirmam que as desigualdades não são apenas regionais, mas também carregam variações expressivas no que diz respeito aos grupos populacionais, a exemplo da população preta que reflete os menores IDHM nas diferentes dimensões (longevidade, renda e educação) (IPEA, PNUD & FJP, 2019).

Por outro ângulo, Neri e Soares (2002), Rocha, Dias e Gama (2010) e Dias, Gama, Pingarilho, Simões e Mendão (2016) apontam que também há relação das desigualdades sociais e o consumo dos serviços de saúde, onde as pessoas com menos poder aquisitivo, menor escolaridade e com menos acesso ao saneamento básico, como água canalizada, apesar de serem os que mais necessitam de cuidados, são os que menos consomem os serviços de saúde, logo são mais susceptíveis ao risco de adoecerem. Em contrapartida, Neri e Soares (2002) afirmam que os grupos mais privilegiados, com maior poder aquisitivo, maior escolaridade e adicionalmente que também têm acesso aos serviços de saneamento básico com facilidade, são as que mais consomem os serviços de saúde e tem maiores índices de qualidade de vida.

Corroborando com esse pensamento, outros autores pontuam que a região Sudeste, quando comparada a outras regiões, como exemplo, as regiões Norte e Nordeste, antes mesmo da criação do SUS, é a que sempre teve mais recursos financeiros e estruturais (infraestrutura e capital humano) (Simão & Orellano, 2015; Ribeiro, 2019).

Nesses pontos, as disparidades sociais e econômicas são fatores que comprometem o processo de saúde e adoecimento da população (Agranonik, 2016). Portanto, a literatura ratifica que para reduzir as disparidades sociais e alcançar a equidade é preciso compreender e identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e estruturais das diferentes regiões do Brasil (Assis & Jesus, 2012; Stopa, Malta, Monteiro, Szwarcwaldi, Goldbaum & Cesar, 2017), incluindo aquelas associadas aos agravos de saúde transmissíveis, explicitados nas metas a serem alcançadas na agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, objetivo 3.1 *“até 2030, acabar com as epidemias de AIDS (...) e outras doenças transmissíveis”* (ONU, 2022), como exemplo, a

sífilis, IST marcada por acometer populações com menores condições socioeconômicas (Viela, et al, 2019; Heringer et al, 2020).

2. O QUE É A SÍFILIS?

A sífilis é uma IST e o seu acometimento está intimamente relacionado a aspectos comportamentais, culturais, políticos sociais e ambientais. Ligada às iniquidades sociais, as suas maiores taxas são prevalentes na população de baixo nível de escolaridade e com as piores condições socioeconômicas (Marques, 2021).

Apontada como uma das três principais causas de maior agravo à população no século XVIII (Carrara, 1996). Ainda hoje, a sífilis, é um problema de saúde mundial, que apesar de milenar, tem atingido mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e a sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde (OMS, 2008).

2.1. A ORIGEM DA SÍFILIS

Na antiguidade, estudiosos tentaram explicar a origem da sífilis e levantaram duas grandes hipóteses, uma delas que a sífilis teve origem nas Américas e foi introduzida no continente europeu pela tripulação de Cristóvão Colombo que acabava de retornar da expedição de descobrimento das Américas, ao final do século XV (Avelleira & Bottino, 2006; Gall, Lautenschlager & Bagheri, 2016). Já a outra hipótese afirmava que a doença já existia antes do retorno da tripulação de Cristóvão Colombo, nessa segunda hipótese acreditava-se que a doença é uma resposta adaptativa às condições sociais e ambientais da época (Lautenschlager & Bagheri, 2016).

Além dessas duas grandes presunções, em meados do século XV, nenhuma região queria ser a responsável pela origem e disseminação da sífilis, e acabavam por dar a origem da doença aos países vizinhos ou encontravam um novo contexto para representá-la. Com o desconhecimento sobre a doença e a sua origem, nessa época, a sífilis também foi considerada pela população e

estudiosos como o mal espanhol, napolitano, francês, entre tantas ideias, até a definirem mesmo como um castigo divino (Avelleira & Bottino, 2006; Passos, 2021).

Sem a definição concreta sobre o que seria a sífilis, com a sua estigmatização e mitificação, por diversas gerações, para retratá-la, ela foi apresentada em obras de pinturas, livros, ilustrações, contos e filmes. Como em 1530, no poema “Sífilis ou mal francês”, de Girolamo Fracastoro, que chamou a doença desconhecida de sífilis, termo que passou a ser utilizado para se referir à doença no século XVIII (Passos, 2021).

Quadro 1. Algumas formas de retratar a sífilis durante os séculos, 1495 a 2012.

Ano	Obra
1495	Entrada de Carlos VIII em Nápoles, 12 de maio de 1495. Óleo sobre tela de Éloi Firmin Féron, 1837. Museu Nacional dos Palácios de Versalhes e Trianon.
1496	Homem sífilítico. Xilogravura de Albrecht Dürer, 1496. Wellcome Collection.
1498	Ilustração médica de pessoas com sífilis. Viena, 1498. Domínio público.
1530	Poema - Syphilis sive morbus gallicus, de Girolamo Fracastoro, Itália.
1585/1590	Cena da batalha: Carlos VIII recebendo a coroa de Nápoles. Óleo sobre tela de Francesco Bassano, 1585/1590. Museu de Belas-Artes de Lyon, França.
1682	Hieronymus Fracastorius [Girolamo Fracastoro], um defensor da teoria das “sementes da doença”. Gravura de N. de Larmessin, 1682. Wellcome Collection.
1768	Livro – O homem de Quarenta Escudos.
1862	Primeiro desembarque de Cristóvão Colombo na América. Óleo sobre tela de Puebla y Tolín, Dióscoro Teófilo, 1862. Museu Nacional do Prado, Espanha.
Séc. XVII	Tratamento de sífilis do século XVII. Ilustração de Jacques Laniet. New York Public Library. “Por um prazer, mil dores”.
1897	Herança. Óleo sobre tela de Edvard Munch, 1897. Munch Museet, Oslo.
1912	Syphilis. Guache de Richard Tennant Cooper, 1912. Wellcome Collection.

1947	Cartaz - Dia de Comemoração do Dia Anti-Venéreo, 1947/Acervo Museu de Saúde Pública Emílio Ribas - Instituto Butantan.
1950-1961	Conto – O castigo, Nelson Rodrigues.
Séc. XIX	Crânio de índio botocudo do século XIX com destruição causada por uma forma muito virulenta de sífilis (foto de S. Mendonça de Souza/Museu Nacional da UFRJ).
2012	Filme – Heleno.

Fonte: Brasil, 2021b⁷.

A origem da sífilis até hoje é desconhecida (Brasil, 2014), mas a primeira descrição um pouco mais concreta sobre a doença foi dada por médicos italianos no final do século XV, durante o conflito entre França e Itália, quando médicos italianos identificaram que soldados franceses tinham uma doença que se transmitia por relações sexuais. Nesse momento, a sífilis foi descoberta e descrita pela primeira vez como uma doença transmitida por relações sexuais. Com essa descoberta, a sífilis passou a ser reconhecida pelos pesquisadores como uma doença venérea⁸ (Carrara, 1986; Magalhães, Kawaguchi, Dias & Calderon, 2011).

No entanto, apesar da sífilis ser descrita e reconhecida pela primeira vez no final do século XV, a literatura refere que após realizadas diversas pesquisas paleopatológica⁹ e genéticas, a nível internacional, observou-se que a doença, desde longa data, já estava disseminada nos diversos continentes. Em ossos da época medieval, esqueletos anteriores a 1492, aproximadamente 100 anos antes, já apresentavam lesões típicas causadas pela sífilis (Carrara, 1986; Brasil, 2021b).

⁷ Todas as imagens e explicações estão disponíveis na publicação do MS (2021), no site: http://exposifilis.aids.gov.br/docs/catalogo_expo_sifilis.pdf.

⁸ Termo utilizado durante muitos séculos para se referir a qualquer infecção sexualmente transmissível (Brasil, 2021b).

⁹ “Paleopatologia é o estudo do passado das doenças, humanas ou de outros seres vivos, por meio de sinais encontrados em partes conservadas de seus corpos, ou em textos escritos, representações de arte, objetos de diferentes naturezas, ambientes, estruturas ocupadas pelo homem ou outros testemunhos arqueológicos e paleontológicos” (Brasil, 2021b, p. 15).

2.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA A SÍFILIS

Para estudar e entender o processo infeccioso da sífilis, e, identificar métodos para diagnósticos e tratamentos adequados para a doença, os primeiros centros de estudo sobre a sífilis foram criados na Europa, em meados do século XVI. Já no Brasil, para estudar e compreender o que estava acontecendo no cenário brasileiro, os primeiros centros regionais de implantação da sifilografia¹⁰ foram criados só no final do século XIX, em duas faculdades de medicina do país, nas capitais de Rio de Janeiro e Salvador (Carrara, 1986; Brasil, 2021b).

Os centros de estudos na Europa foram instaurados antes da descoberta do agente etiológico causador da sífilis, e ainda sem a descoberta de um fármaco eficaz para tratar a doença. Os primeiros tratamentos para sífilis são oriundos das práticas europeias, iniciados durante o século XVI e perduraram por aproximadamente 450 anos, até meados do século XX (Geraldês, Soler, Braile & Daher, 2009).

Naquela época, seguindo as práticas europeias, dois métodos comuns eram utilizados para o tratamento da sífilis nos diversos continentes. Um deles era passar mercúrio nas feridas dos doentes e com a tentativa de eliminar a infecção pelo suor eram utilizados fornos e estufas¹¹ para aumentar a sudorese das pessoas infectadas. Nessa lógica, acreditando-se que a febre da malária também poderia matar a bactéria da sífilis, outra prática utilizada era injetar na veia dos doentes o protozoário causador na malária. Todavia, essas práticas indevidas de tratamento provocavam efeitos colaterais, e até mesmo a morte do doente (Carrara, 1986; Brasil, 2021a).

¹⁰ “Sifilografia: parte da medicina que trata das enfermidades sífilíticas; descrição da sífilis; sifilografia” (Oxford Languages, 2021).

¹¹ Ilustração Figura 7.

Figura 7. Tratamento de sífilis no século XVIII, “*pour um plaisir, mil douleur*”, em tradução do francês, “Por um prazer, mil dores”.



Fonte: Ilustração de Jacques Laniet. New York public Library apud Brasil (2021b).

Com o avanço dos estudos na Europa, em 1905, em Berlin, Fritz Richard Schaudinn e Paul Herich Hoffman descobriram o agente etiológico da sífilis, a bactéria *Treponema pallidum* (Souza, 2005). Um ano após essa descoberta, foi a vez do bacteriologista alemão August Poul Von Wassermann e seus colaboradores, em 1906, desenvolverem o primeiro método para diagnóstico da sífilis (Brasil, 2021b).

O diagnóstico era realizado por teste sorológico que detectava anticorpos para a sífilis, com extrato alcoólico de coração de boi macerado, lecitina e colesterol, chamado cardiolipina. Esses três últimos componentes formam um antígeno para detecção de anticorpos em amostras de pessoas infectadas e até hoje faz parte da composição dos testes não treponêmicos para diagnóstico de sífilis (Cavalcante, 2003; Brasil, 2021b).

Hoje, a prática clínica para diagnóstico de sífilis é dada pela utilização dos testes imunológicos. Esses testes são recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil e estão subdivididos em duas classes: os treponêmicos e os não treponêmicos. De acordo com o MS, os dois testes podem ser utilizados para primeiro diagnóstico ou como teste complementar, entretanto, por suas especificidades metodológicas, apenas os testes não treponêmicos são capazes de realizar o monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura (Brasil, 2022).

Apesar da então descoberta do agente etiológico e método para diagnóstico da sífilis, os pesquisadores ainda tinham uma importante missão: encontrar o

tratamento adequado e eficaz para a sífilis no século XIX. Então, em 1928, o pesquisador Alexander Fleming descobriu pela primeira vez a penicilina, mas, foi a partir das pesquisas dos estudiosos John Mahoney, Richard Arnold e Ad HARRISSO, no início da década de 40, que a penicilina começou a ser utilizada para tratamento da sífilis, quando estes cientistas descobriram que o antibiótico era eficaz para o tratamento da doença. Desde a década de 40, até hoje a penicilina é o principal medicamento para tratamento da sífilis (Alvieira, Bottino, 2006; Brasil, 2022; 2021a; Araújo, Shimizu, Sousa & Hamann, 2012).

2.3. VIAS DE TRANSMISSÃO E ESTÁGIOS DA SÍFILIS

A sífilis é exclusiva do ser humano e pode ser classificada como adquirida ou congênita de acordo com a sua via de transmissão (Lee; Kinghorn, 2008). A sua principal via de transmissão é a relação sexual desprotegida. No entanto, assim como outras IST, a sífilis pode ser transmitida por via sanguínea e por TV (Lee & Kinghorn, 2008; Stamm, 2015).

A TV é a mais preocupante, pois pode ocasionar parto prematuro, baixo peso ao nascer, morte neonatal, aborto e natimorto. A TV pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gestação, por via transplacentária, ou no momento do parto. Isso acontece quando a gestante não foi tratada ou foi tratada inadequadamente (Cooper & Sánchez, 2018).

Com apoio de pesquisas nacionais e internacionais sobre os estudos de progresso da sífilis, os estágios da doença são definidos com base nas manifestações clínicas. Os estágios da sífilis adquirida são: primária, secundária, latente recente (até um ano de duração), latente tardia (mais de um ano de duração) e terciária, vide Quadro 2 (Brasil, 2022; Freitas, Benzaken, Passos, Coelho & Miranda, 2021). Stamm (2016) afirma que os estágios primários e secundários são os mais infecciosos (Stamm, 2016).

Já a sífilis congênita é dividida em precoce ou tardia, a primeira surge até ao segundo ano de vida e a segunda os sinais e sintomas são identificados a partir do segundo ano de vida da criança. Assim como a sífilis adquirida, estudos nacionais e internacionais afirmam que a sífilis congênita também pode afetar

quase todos os sistemas e órgãos (Rodríguez-Cerdeira & Silami-Lopes, 2012; Woods, 2020; Brasil, 2022; Domingues, Duarte, Passos, Sztajnbok & Menezes, 2021).

Quadro 2. Manifestações clínicas e estágios da sífilis adquirida.

Estágios	Manifestações clínicas
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) rico em treponemas, geralmente único e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, localizado no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento).
	Linfonodos regionais aumentados em tamanho e número.
Secundária	Lesões cutaneomucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão).
	Micropoladenopatia.
	Linfadenopatia generalizada.
	Sinais constitucionais.
Quadros neurológicos, oculares, hepáticos.	
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática.
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática.
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo.
	Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares.

Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica.

Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais, como o da paralisia geral.
--

Fonte: adaptado da figura de Freitas, Benzaken, Passos, Coelho & Miranda (2021), adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020.

2.4. DADOS EPIDEMIOLOGICOS DA SÍFILIS

O início da epidemia da sífilis foi demarcado na Europa em meados do século XV/XVI. Um clássico da literatura sobre a história da sífilis afirma que as guerras foram cruciais para o primeiro surto de sífilis na Europa e posterior expansão para os diversos continentes. Durante o século XV entre as violências praticadas na guerra estava o estupro entre as populações, e como na guerra há soldados de diversos lugares potencializou-se ainda mais a disseminação da doença (Carrara, 1986).

No Brasil, a grande incidência de sífilis foi reconhecida a partir do século XVIII, momento em que pesquisadores nacionais buscaram entender o cenário epidemiológico da sífilis e perceberam que a infecção estava entre as IST que mais afetavam a saúde da população. Na ocasião profissionais de saúde da Santa Casa de Misericórdia, na capital brasileira do Rio de Janeiro, perceberam que mais de um terço dos seus internados eram portadores de IST, entre elas, a sífilis, considerada naquele momento uma das doenças com mais consequências para a população (Carrara, 1986).

Com a descobertas sobre a sífilis nos séculos seguintes, e com a chegada do tratamento eficaz para a sífilis na década de 40, os estudiosos acreditavam que a sífilis poderia ser controlada, entretanto, não foi suficiente. A mudança no comportamento sexual da população de diversos países, incluindo no Brasil, foi potencializador para a disseminação da doença na década de 60. Na ocasião, unido à alta utilização da pílula anticoncepcional, a não utilização de

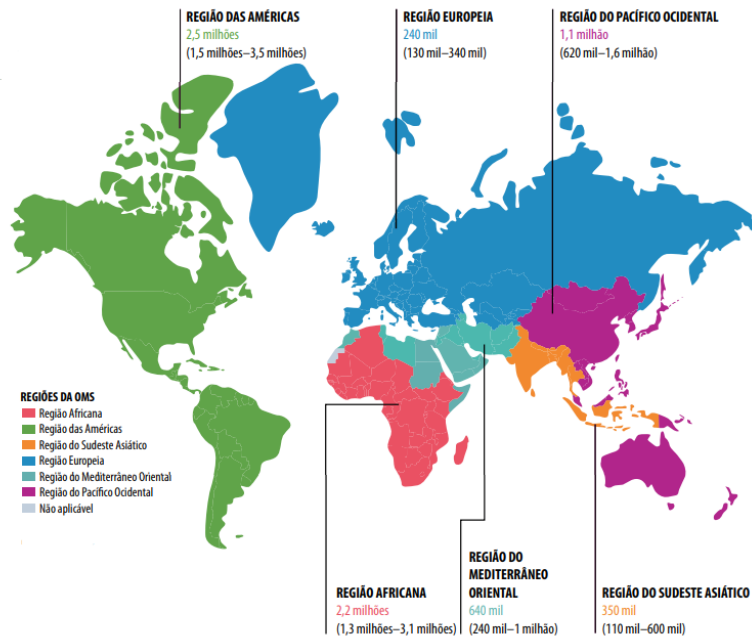
preservativos culminou no aumento dos casos de sífilis envolvendo homens, mulheres e recém-nascidos no século XIX (Avelleira e Bottino, 2006; Brasil, 2021a).

Além disso, a literatura afirma que os casos e desfechos da sífilis são reflexos das desigualdades sociais e regionais, com destaque àquelas associadas à sífilis congênita (Cavalcante, Silva, Rodrigues, Netto, Moreira & Goyanna, 2012; Araújo, Eri Shimizu, Sousa & Merchán Hamann, 2012; Cunha e Merchán-Hamann, 2015). No caso brasileiro, como em outras partes do mundo, ser preto ou pardo torna os indivíduos mais susceptíveis às condições desfavorecidas de saúde, ainda mais, quando do sexo feminino (Santos, 2016).

Na atualidade, os estudos sobre a sífilis apontam que a doença é endêmica em países em desenvolvimento. Todavia, tem apresentado tendência de crescimento em países mais ricos (Stamm, 2015; Smolak, Rowley, Nagelkerke, Kassebaum, Chico, Korenromp, et.al, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis é um problema de saúde pública mundial que tem atingido mais de 12 milhões de pessoas ao redor do mundo. A OMS pontua que atualmente aproximadamente 7 milhões de pessoas são infectadas apenas pela sífilis adquirida, por ano, nas diferentes regiões do mundo, vide Figura 8 (OMS, 2008; Brasil, 2021b).

Figura 8. Sífilis adquirida: 7 milhões de novos casos/ano (OMS/2021).



Fonte: OMS, 2021 apud Brasil (2021).

Com uma maior disseminação das IST (Santos, 2016) pontua-se a importância de reconhecer questões socioculturais, de gênero, raça/cor como fatores determinantes de transmissões dessas doenças. Globalmente, as taxas de sífilis adquirida têm-se mantido elevadas para alguns grupos populacionais, dentre eles, o grupo de homens que fazem sexo com homens, chamados de HSH, pessoas transgêneros, trabalhadores do sexo e seus clientes (OMS, 2011).

Além disso, por ano, estima-se que quase um milhão de mulheres grávidas são infectadas pela sífilis ao redor do mundo, e isso é preocupante pois pode ocasionar efeitos adversos para o feto (Unaid & OMS, 2015). Em 2016, as estimativas da OMS apresentaram que havia mais de meio milhão de casos de sífilis congênita nos diversos continentes, e que esses resultaram em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais (OPAS & OMS, 2019).

No Brasil, de acordo com os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sistema utilizado para registro das notificações compulsórias em todos os Estados e municípios brasileiros, a partir do momento em que a sífilis congênita, gestante, e adquirida passou a ser de notificação

compulsória em todo território brasileiro, respectivamente em 1986, 2005 e 2010, de 1998 a junho de 2021, foram registrados no Brasil 260.596 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, desses 44,4% registados na região Sudeste, 29,8% na região Nordeste, 11,7% na região Sul, 8,5% na região Norte e 5,6% na região Centro-oeste (Brasil, 2021a).

Já no período de 2005 a junho de 2020, foram registados no SINAN 449.981 casos de sífilis em gestantes, desse total 45,3% concentrados na região Sudeste, 21% na região Nordeste, 14,7% na região Sul, 10,3% na região Norte e 8,7% na região Centro-Oeste, e, de 2010 a junho de 2021, foram notificados no SINAN 917.473 casos de sífilis adquirida, 51,7% concentrados na região Sudeste, 22,4%, na Sul, 13,4%, na Nordeste, 6,9%, na Centro-oeste e 5,6% na região Norte do país (Brasil, 2021a).

Em decorrência do crescente número de casos de sífilis, no século XXI, e tentando cumprir com os compromissos internacionais de enfrentamentos as IST, em 2016, o MS brasileiro decretou que o Brasil estava vivenciando uma epidemia de sífilis (Brasil, 2018a; Fiocruz, 2019).

Documentos técnicos do MS informam que um dos motivos para o reconhecimento da epidemia de sífilis no Brasil no século XXI foi o alto crescimento do número de casos da doença a partir de 2010, com aumento significativo do número de casos a partir de 2014. Nessa ocasião houve o desabastecimento da penicilina, medicamento utilizado para tratamento da sífilis, e o único que inibe a TV (Brasil, 2016a, 2016b, 2018a), fato que contribuiu também para a elevação do número de casos de sífilis adquirida, gestante e congênita em todo o mundo (CDC, 2015).

Dados mais atuais do número de casos de sífilis no Brasil são de 2020 a junho de 2021 e demonstram que nesse período foram notificados no SINAN uma taxa de detecção de 54,5 casos de sífilis adquirida a cada cem mil habitantes, 21,6 casos de sífilis em gestante a cada mil nascidos vivos e 7,7 casos de sífilis congênita a cada mil nascidos vivos (Brasil, 2021a). Em 2020, no Brasil, também foram registrados 186 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 6,5/100.000 nascidos vivos) (Brasil, 2021a).

O número de casos de sífilis congênita é mais preocupante para o Brasil e o resto do mundo, tendo impactado de forma significativa a mortalidade infantil, pois a sífilis congênita possui as maiores taxas de TV dentre as doenças adquiridas durante o período gravídico-puerperal. A depender do estágio da sífilis da mãe, aproximadamente mais de 70% das gestantes com sífilis transmite a doença para a criança e dentre essas crianças infectadas aproximadamente 40% são objeto de óbito (Lima, Santos, Barbosa & Ribeiro, 2013; Brasil, 2017c; Lasagabaster & Guerra, 2019; OPAS, 2019).

Portanto, frente a esse importante problema para a saúde pública, organismos nacionais e internacionais têm investido em políticas públicas de saúde para o enfrentamento da sífilis nos diferentes territórios, incluindo aquelas voltadas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis por meio da agenda dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) da sífilis (Brasil, 2021c).

**CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE -
SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DE INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO SUS DO BRASIL**

3. A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO SUS DO BRASIL

O Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS, é consequência do movimento conhecido como Reforma Sanitária brasileira, que foi iniciado nos anos 1970 tendo como objetivo reivindicações sobre os direitos dos cidadãos e deveres do Estado, dentre eles a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial então vigentes. Tais temas foram debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, momento em que foi desenhado o SUS (Fiocruz, 2019; Brasil, 1986).

O marco institucional do SUS está na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, no artigo 196, que estabelece “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*”. Assim, o Estado passou a ser responsável por garantir assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, de forma integral e universal (Brasil, 1988. p. 118).

Os primeiros programas em defesa da saúde materno e infantil são anteriores ao SUS. Entre 1937 e 1945, o então Ministério da Educação e Saúde do Brasil, normatizou os primeiros atendimentos do binômio mãe-filho (Cassiano et al., 2014). Ainda nesse período, na década de 40, com a finalidade de atender às camadas mais pobres da população no cuidado com a criança, dentro da estrutura física do Ministério da Educação e Saúde foi criado o Departamento Nacional da Criança (Nagahama e Santiago, 2005; Neto, Alves, Zarzal & Lima, 2008).

Em meados de 1970, foram implementados os Programa de Saúde Materno Infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, ambos considerados verticais e centrados na intervenção médica. Nessa época, houve aumento do número de cesarianas e a esterilização era o método contraceptivo mais indicado no Brasil (Neto, Alves, Zarzal & Lima, 2008).

Por muitos anos, até em torno da década de 70, a pauta da saúde da criança esteve diretamente ligada à saúde materna, até que fossem estabelecidos os

programas de saúde da mulher e da criança (Araújo, Silva, Collet, Neves, Toso e Viera, 2014). No período anterior à reforma sanitária, os programas de saúde materna eram implementados a partir de uma visão bastante restrita sobre a mulher, considerando-a responsável pela criação, educação e cuidado com o filho e demais familiares, e com reconhecimento limitado a respeito do seu papel social (Brasil, 2011a).

Os movimentos sociais da década de 70 e 80, incluindo o conceito de saúde definido na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários¹², ao final dos anos 70, induziram a construção de programas e políticas públicas com um olhar mais ampliado sobre o indivíduo, dentre eles, aqueles voltados para a saúde materno-infantil e posteriormente a do HIV/Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), incluindo a sífilis (Lima, 2017).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado em 1983 a partir do debate da reforma sanitária, e trouxe a proposta da atenção à saúde da mulher em sua totalidade, e não apenas ao binômio mãe-filho. Neste sentido, o PAISM teve algumas prioridades, dentre elas, a atenção primária e integral à saúde da mulher, a prevenção das IST e a redução dos indicadores de mortalidade materno-infantil (Neto, Alves, Zarzal & Lima, 2008). Um ano depois, em 1984, foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) para fortalecer e induzir ações no cuidado prestado à saúde da população infantil, especialmente o acompanhamento, crescimento e desenvolvimento da criança (Araújo, Silva, Collet, Neves, Toso & Viera, 2014).

Em meados de 1986 a 1988, com a epidemia de AIDS instalada no âmbito global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) cria o Programa Global de AIDS com a finalidade de adotar medidas preventivas e de assistência ao HIV/Aids, este que teve importante papel na indução de políticas públicas em todo continente latino-americano, incluindo o Brasil. Nessa mesma época, com a influência do movimento da reforma sanitária e a experiência técnica e especializada da secretaria estadual de São Paulo, o governo brasileiro implementa o Programa

¹² A Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários afirma que a Saúde é: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental (...)” (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1).

Nacional de DST¹³/AIDS (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde (MS) para fomentar ações programáticas em âmbito nacional (Lima, 2017). Cabe mencionar que o PN-DST/AIDS desde a sua criação contemplava ações direcionadas à saúde materno-infantil, como reduzir a transmissão vertical (TV) do HIV e das IST (Monteiro & Viellela, 2009; Brasil, 2009).

Após a criação do SUS, as ações e agendas estratégicas de enfrentamento às IST ganharam sinergia, em 1999, contemplando ações conjuntas com as áreas de saúde da mulher, adolescente, criança, vigilância, dentre outras, o MS publicou os princípios e diretrizes para a Política Nacional de DST/Aids no Brasil (Brasil, 1999).

Em sequência, em 2000, para fomentar a humanização da assistência prestada à gestante, foi criado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), e, em 2004, com a finalidade de qualificar a vigilância à saúde materno-infantil foi lançado pelo MS do Brasil a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Neto, Alves, Zarzal & Lima, 2008).

Nesse mesmo período, anos 2000, atores governamentais brasileiros destacaram que no Brasil as doenças e óbitos relacionados às mulheres também são atreladas às vulnerabilidades femininas de gênero. Com a necessidade de garantir os direitos humanos à saúde das mulheres, dentre eles, aqueles de saúde sexual, incluindo as IST, em 2004, os programas, ações e agendas estratégicas voltadas para a saúde da mulher ganharam ainda mais sinergia e respaldo político com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), assim como a Política Nacional de DST/Aids busca cumprir com o compromisso de garantir os direitos civis, políticos e sociais das mulheres e induz e propõe ações para redução da morbimortalidade por agravos de saúde que são preveníveis e

¹³DST: Doenças Sexualmente Transmissível. Esse termo foi substituído/atualizado por IST (Infecção Sexualmente Transmissível) em 2016 para alinhamento à terminologia utilizada pela OMS, que também chama atenção dos países para as infecções assintomáticas (Miranda, Freitas, Passos, Lopez & Pereira, 2021).

evitáveis, considerando as mulheres em suas singularidades, complexidades e inserção sociocultural (Brasil, 2009; 2011a; Medeiros & Guareschi, 2009).

Dentre os objetivos específicos da PNAISM estão:

“Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina: prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres; ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids.”(Brasil, 2011a, p. 70).

Na busca pela prevenção e controle das IST, compactuando com os objetivos da PNAISM e da Política Nacional de DST/Aids, em 2006, o Pacto Pela Saúde, documento orientador para a condução político-gerencial das políticas públicas em saúde do MS do Brasil, contemplou ações estratégicas para a redução da mortalidade materna e infantil, dentre elas, até ao final de 2006, alcançar a criação de comitês para vigilância do óbito materno e infantil em 80% dos municípios com mais de 80.000 habitantes (Brasil, 2006a).

Para fortalecer ainda mais a indução de políticas públicas voltadas para a saúde da criança, também fruto dos avanços políticos e sociais, o PAISC ganhou sinergia e em 2015 foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Assim como Política Nacional de DST/Aids e a PNAISC, a PAISC tem como pauta estratégica a prevenção da TV do HIV e da sífilis e o fomento à ampliação do diagnóstico e tratamento para as IST (Brasil, 2009; 2011a; 2018b).

Com foco específico em proteger a saúde da criança ao longo do seu desenvolvimento, assim como as demais políticas de saúde, a PAISC foi criada após diversas ações estratégicas, decretos, pactos, portarias, programas, agendas, leis e ações, atrelados à saúde da mulher e da criança, conforme Quadro 3. Todas essas iniciativas induziram as políticas públicas de saúde para o fortalecimento dos direitos dos indivíduos antes mesmo do seu nascimento (Justino, Lopes, Santos & Andrade, 2019), como a criação da Rede Cegonha,

que é o programa de saúde materno-infantil mais denso criado pelo MS do Brasil, com pauta relevante para o enfrentamento das IST (Cassiano et al., 2014).

Quadro 3. Lista de políticas, decretos, leis e ações realizadas para redução dos danos e agravos à saúde da mulher e da criança, Brasil, 1937 a 2015.

1937	Programa de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência.
1940	Departamento Nacional da Criança (DNCr).
1970	Coordenação de Proteção Materno-Infantil.
1970	Programa Nacional de Proteção Materno Infantil.
1979	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil.
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança.
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.
1986	Programa Nacional de DST/AIDS pelo Ministério da Saúde.
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
1990	Iniciativa Hospital Amigo da Criança – pela Unicef.
1990	Convenção sobre os Direitos da Criança (Decreto nº 99.710).
1991	Programa de Assistência à Saúde Perinatal.
1991	Programa de Saúde da família (PSF).
1993	Rede de Humanização do Parto e do Nascimento.
1996	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).
1999	Política Nacional de DST/Aids no Brasil.

2000	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS.
2000	Norma de Orientação para Implementação do Método Canguru.
2000	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 – Objetivo 4: reduzir a mortalidade infantil.
2004	Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
2005	Caderneta de Saúde da Criança Portaria nº 1.058).
2006	Pacto pela Saúde
2007	Programa Saúde na Escola (PSE).
2008	Rede Amamenta Brasil.
2009	Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis.
2011	Rede Cegonha.
2012	Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da primeira Infância no âmbito do SUS (Portaria nº 2.362).
2013	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) – Portaria nº 1.920.
2014	Habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portaria nº 1.153).
2014	Organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS – (Portaria nº 371/SAS/MS).
2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc).

Fonte: Adaptação da figura de Justino, Lopes, Santos & Andrade (2019), 2021.

3.1. A REDE CEGONHA

Dentre os programas de saúde direcionados à saúde da mulher e da criança, e que foram determinados após a criação do SUS, destaca-se a Rede Cegonha, que foi estabelecida em 2011 com a finalidade de qualificar e atender as necessidades específicas de ambas as populações. As ações da Rede Cegonha asseguram a assistência humanizada e abarcam as orientações do cuidado com o corpo, uso de métodos contraceptivos e o atendimento à gestante, puérpera e ao recém-nascido, até a criança completar dois anos de idade (Cassiano et al., 2014).

A criação da Rede Cegonha partiu da necessidade da reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para assegurar a mulher e a criança a assistência humanizada e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. A Rede Cegonha transformou o modelo de atenção ao parto e ao nascimento no Brasil (Cassiano et al., 2014).

A proposta de organização da RAS é oriunda da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2009 propuseram um novo modelo de RAS, com foco na garantia de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. O governo brasileiro acatou a proposta internacional, e o MS por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, ratificou a necessidade desse novo modelo de RAS, e implementou-a em todas as suas ações estratégicas e programáticas, bem como na formulação das políticas públicas do SUS, sempre considerando que uma RAS articulada e síncrona é a que possibilita a integração dos serviços e a assistência contínua nos diferentes níveis de atenção (Giovanni, 2013).

A Rede Cegonha é uma RAS temática¹⁴ (Cavalcanti, Gurgel Junior, Vasconcelos & Guerrero, 2013), que vai ao encontro dos princípios do SUS: universalidade, integralidade da atenção à saúde e equidade, para que sejam assegurados o acesso, o acolhimento e a resolutividade da assistência prestada à mulher e à criança (Cassiano et al., 2014). A Figura 9 ilustra como a Rede Cegonha integra

¹⁴ A RAS foi reestruturada pelo MS do Brasil por temática, uma delas a Rede Cegonha (Cavalcanti, Gurgel Junior, Vasconcelos & Guerrero, 2013).

os diferentes espaços de saúde no território. Essa integração com ações de saúde prestada no próprio domicílio das utentes do SUS, por exemplo, à realização da busca ativada ¹⁵ das gestantes para identificar casos de IST, entre elas a sífilis, até prestar assistência hospitalar para o parto e nascimento (Giovanni, 2013).

Figura 9. Pontos de atenção da Rede Cegonha nos territórios.



Fonte: Adaptado, Giovanni (2013), p. 39.

Os componentes de atuação da Rede Cegonha são quatro: 1) o pré-natal; 2) puerpério e a atenção integral à saúde da criança; 3) parto e nascimento; 4) e o sistema logístico: transporte sanitário e regulação (UNA-SUS/UFMA, 2015). Esses componentes são responsáveis por alcançar ações de atenção à saúde, como a prevenção, tratamento das IST; concessão do teste de HIV, sífilis e testes rápidos de gravidez; orientar e oferecer métodos contraceptivos; fomentar o mínimo de consultas (seis) durante o pré-natal; assegurar a vinculação da gestante na RAS; fomentar a realização de exames clínicos e laboratoriais; promover programas de educação nas escolas; e garantir a qualificação dos profissionais de saúde para que prestem um atendimento seguro e humanizado (Carneiro, 2013).

O financiamento dos exames diagnósticos pelo MS é uma estratégia contemplada no componente pré-natal da Rede Cegonha e que conta com a parceria da política de IST/HIV/Aids. Dentre os exames para diagnósticos, destaca-se o teste rápido para sífilis, que contribuiu de forma significativa para a

¹⁵ Busca ativa: buscar ou procurar um indivíduo no território com a finalidade de identificar uma situação (Brasil, 2021d).

ampliação do acesso e diagnóstico da sífilis, em gestante, em todo o Brasil. Entre 2012 e 2015 o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) aumentou em 5,5 vezes a distribuição dos testes rápidos para sífilis para todas as Unidades Federativas (Brasil, 2016c).

Em consonância aos indicadores do Pacto Pela Saúde e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Rede Cegonha tem como um dos seus indicadores de saúde reduzir a incidência de sífilis congênita e aumentar a porcentagem de óbitos infantis investigados (Brasil, 2011b; IPEA, 2021).

Com a finalidade de qualificar a RAS e consequentemente alcançar os indicadores propostos pela Rede Cegonha, os ODS e o Pacto Pela Saúde, na última década, o MS tem investido em ações de educação permanente para os profissionais de saúde, e tem realizado ações de educação, capacitação e gestão do trabalho em parceria com o Ministério da Educação, todos esses com foco na temática da saúde materno-infantil e nas IST (UNA-SUS/UFMA, 2015). Além disso, tem fomentado a integração entre Atenção Primária (APS) e Vigilância em Saúde (VS) para induzir a integralidade do cuidado em toda a RAS para todos os ciclos da vida (Brasil, 2018c).

3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: SÍFILIS

As primeiras agendas e ações estratégicas que culminaram nas políticas de saúde de combate à sífilis são oriundas do século XVIII, momento em que a sífilis foi apontada como uma das três principais causas de maior agravo à saúde da população (Carrara, 1996). Em âmbito internacional, a partir da década de 1990, com a finalidade de enfrentar as IST, em especial a sífilis congênita e em gestante, a OPAS/OMS tem induzido estratégias de fortalecimento de políticas públicas para os diversos territórios, vide Quadro 4 (OPAS & OMS, 2010)

Quadro 4. Estratégias de ação para eliminação da transmissão vertical da sífilis a partir da década de 90, OPAS/OMS, 1994 a 2019.

ANO	AÇÃO
1994	24 ^a Conferência Sanitária Pan-Americana instou à eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública nas Américas (resolução CSP24.R17).
1995	Plano de Ação para a Eliminação da Sífilis Congênita, durante a 116 ^a Reunião do Comitê Executivo da OPAS.
2004	Plano Regional de HIV/DST para o setor da saúde 2006- 2015, durante a 46 ^a Reunião do Conselho Diretor.
2005	Publicação do documento “Eliminação da sífilis congênita na América Latina e Caribe: um quadro de referência para sua implementação”.
2005	Publicação do Plano regional de HIV/DST para o setor da saúde (2006- 2015) no qual estabelece novamente como meta de transmissão materno-infantil uma incidência de sífilis congênita inferior a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.
2006	OPAS/OMS e o UNICEF lançam iniciativas na América Central, incluindo a República Dominicana para fortalecer a prevenção da transmissão materno e infantil do HIV e da sífilis.
2009	Publicação do documento Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamentos e estratégia para ação.
2009	Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita na América Latina e Caribe é lançada em eventos técnicos e

	políticos na Região, incluindo o V Fórum Latino-Americano e do Caribe em HIV/AIDS e DST (Lima, Peru) e na 18ª reunião de ministros da saúde da Comunidade do Caribe (Washington, Estados Unidos).
2016	Publicação Plano de Ação para prevenção e o controle do HIV e de IST 2016-2021.
2017	Publicação do documento “ETMI PIUS: marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas”.
2019	Publicação do documento: “New generations free of HIV, Syphilis, hepatitis B and Chagas disease in the Americas 2018 – EMTCT PLUS” – que relata o progresso das regiões das Américas para eliminação da TV de mãe para o filho.

Fonte: OPAS & OMS, 2010; 2016; 2017; 2019.

No contexto brasileiro, ao longo dos anos, antes mesmo da criação do SUS, foram instauradas diversas agendas, ações, estratégias e diretrizes para combater a sífilis. Entre eles, em 1986, ano em que foi criado o Programa Nacional de DST/Aids, também foi aprovada a Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Em decorrência da gravidade do problema de saúde pública materno-infantil, essa portaria determinou pela primeira vez a notificação compulsória¹⁶ da sífilis em todos o território brasileiro, mas, neste momento, referia-se apenas à sífilis congênita (Brasil, 1986; 2005a; Domingues, Lannoy, Saraceni, Cunha & Pereira, 2021).

¹⁶ O conceito de notificação compulsória das doenças infecciosas foi introduzido na era pré-industrial (Sigeris & Frank, 2006) e refere-se aos agravos que são de notificação obrigatória por um ou demais ente estatal (Brasil, 2019b)

Mais tarde, a Portaria nº 33, em 14 de julho de 2005, definiu a sífilis em gestante como agravo de notificação compulsória a partir de 2005, e em sequência a Portaria nº 2.472, em 31 de agosto, instaurou o mesmo critério, em 2010, para a sífilis adquirida. A notificação compulsória é um fato importante para a construção das diretrizes das políticas públicas, pois a partir dos indicadores é que também são planejadas as estratégias locais (Brasil, 1986; 2005a; Domingues, Lannoy, Saraceni, Cunha & Pereira, 2021).

O MS do Brasil considera que além do conhecimento sobre o cenário epidemiológico, para se alcançar as metas das ações estratégicas, é importante a definição das recomendações sobre o diagnóstico e tratamento dos agravos. Nesse sentido, em relação às diretrizes e recomendações para o diagnóstico, tratamento e controle das IST, incluindo a sífilis, e com foco em indagar a implantação de grupos de investigação dos casos de sífilis congênita sobre as práticas operacionais da assistência e da vigilância, componentes fundamentais das diretrizes estabelecidas nas agendas estratégicas de enfrentamento a sífilis, o MS do Brasil disponibilizou para os Estados e municípios as Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita e Manual de Controle das DST, ambos em 1993 (Brasil, 1997; 2006b; Tayara, Marida, Saraceni, Paz & Ramos Jr, 2007).

Ainda na década de 90, com base nos documentos do MS do Brasil, em busca de alcançar o indicador proposto para eliminação da sífilis congênita no Brasil até aos anos 2000, a então Coordenação Nacional de DST/Aids do MS, em 1996, realizou reuniões regionais junto aos atores estratégicos dos Estados e municípios para induzir a implementação de medidas de controle à sífilis congênita (Brasil, 1997; Tayara, Marida, Saraceni, Paz & Ramos Jr, 2007).

Nesse percurso, para qualificar os profissionais de saúde sobre as diversas temáticas de agravos à saúde e alcançar o indicador de eliminação da sífilis congênita, o MS do Brasil implementou em 1997, o sistema Telelab, um programa de educação permanente, que disponibiliza cursos gratuitos e de livre acesso (Brasil, 2021e). Dentre os cursos disponíveis na plataforma estão o de diagnóstico para sífilis e o instrutivo para realização de teste rápido, incluindo a sífilis (Brasil, 2021e; Gaspar, Bigolin, Neto, Pereira & Bazzo, 2021).

Chegado aos anos 2000, assim como outros países, o Brasil não alcançou a meta de eliminação da sífilis congênita. Então, o MS reviu as suas práticas, incluindo as de vigilância, e em 2003, para qualificar a vigilância da sífilis, o MS atualizou a definição dos casos de sífilis congênita a serem notificados e investigados, por meio da Portaria nº 2.325, de 08 de dezembro de 2003, que passou a considerar a notificação e investigação obrigatória de todos os casos detectados como sífilis, incluindo os natimortos e aborto (Paz et al, 2005).

Para dar ainda mais visibilidade aos entes federados sobre o desafio de combater a sífilis, em especial a congênita, a partir de 2004 os casos de sífilis congênita começaram a ser divulgados nos Boletins de Aids e DST do MS do Brasil (Brasil, 2004). A sífilis em gestante foi apresentada pela primeira vez no Boletim de Aids e DST em 2007, e a sífilis adquirida, embora de notificação compulsória desde 2010, começou a ser divulgada sistematicamente a partir do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2016 (Brasil, 2016b).

Em 2006, o MS integra o elemento de educação permanente sobre o manejo clínico das IST e as responsabilidades da APS como porta de entrada dos utentes no sistema de saúde para qualquer necessidade de saúde, incluindo a sífilis. Assim, foi lançado o 'Caderno de Atenção básica: HIV/Aids, Hepatites e outras DST' para os profissionais que atuavam na APS, o 'Manual de Bolso de controle da Sífilis Congênita' e o 'Álbum Seriado das DST'. Os dois últimos respectivamente para subsidiar o processo de planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST na RAS e contribuir para o manejo clínico e imediato dos casos de sífilis materna e congênita (Brasil, 2006b; Miranda, Freitas, Passos, Lopez & Pereira, 2021)

Quanto à sífilis congênita, cabe mencionar que em 1995 o Brasil, assim como outros países das América Latina e Caribe, assumiu o compromisso internacional com a OPAS para eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis materno-infantil até ao ano 2000, e comprometeu-se em elaborar um plano de ação nacional (Brasil, 2018b). A meta internacional era a de que cada país alcançasse um coeficiente de incidência de até 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos. No plano brasileiro, o MS considerava como meta o registo de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos por ano, até ao ano 2000 (Tayara,

Marida, Saraceni, Paz & Ramos Jr, 2007). Na mesma época, também foi definido dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), especificamente o objetivo 4, a redução da mortalidade infantil até ao ano 2015 (ONU, 2010).

Chegado 2007, sem o Brasil alcançar a meta proposta até ao ano 2000, o MS do Brasil mais uma vez buscando induzir a eliminação da sífilis congênita, lançou o Plano Operacional para Redução da TV do HIV e da Sífilis. O plano trazia o pacto interfederativo de ampliar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis para 90% das parturientes durante o pré-natal, de aumentar a cobertura de tratamento adequados para as gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado para parcerias sexuais e implementar a vigilância ativa da sífilis com investigação dos casos de TV, em todos os municípios brasileiros, entre 2008 e 2011 (Brasil, 2007). Com todos esses objetivos, ainda em 2007, foram lançadas as diretrizes para o alcance da eliminação da sífilis congênita no Brasil, por meio do 'Protocolo de Prevenção da Transmissão vertical de HIV e Sífilis' (Brasil, 2007).

Concomitantemente, em busca de mais respaldos científicos para alcançar as metas propostas, o MS financiou estudos sobre IST no Brasil, dentre eles, o estudo multicêntrico 'Prevalências e frequências relativas de DST em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005', realizado nas capitais dos Estados: Amazonas, Ceará, Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, em 2008, que ratificou a importância de políticas para o enfrentamento das IST, incluindo a sífilis, pois no estudo foi concluído que a sífilis é uma das IST que mais acometem a saúde da população brasileira, em especial a sífilis congênita (Brasil, 2002a)

Ao mesmo tempo, outros organismos internacionais ajudaram a induzir estratégias programáticas de combate a sífilis, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que junto ao MS, em 2008, propôs agendas programáticas de prevenção da TV com foco na APS, na vigilância e na investigação dos casos de sífilis congênita nos municípios brasileiros, utilizando como guia uma cartilha sobre 'Como prevenir a transmissão vertical de HIV e sífilis no seu município' (Unicef & Brasil, 2018).

Além disso, a partir dos anos 2010 foram implementados outros protocolos e diretrizes para o manejo clínico e enfrentamento da sífilis e a sua eliminação pelo MS do Brasil. Dentre eles, o 'Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis' de 2014, que trouxe as diretrizes para a investigação dos casos de sífilis, seguido dos 'Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, e Hepatites Virais (PCDT-TV)' e do 'Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral à Pessoa com IST (PCDT-IST)', ambos em 2015 (Miranda, Freitas, Passos, Lopez & Pereira, 2021).

O PCDT-TV dá as diretrizes para realização de intervenções com foco no pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2022a) e o PCDT-IST orienta os profissionais de saúde e os gestores sobre o manejo programático e operacional das IST e concomitantemente qualifica a atenção à saúde prestada à população acometida pelos agravos de saúde (Brasil, 2022b; Domingues, Lannoy, Saraceni, Cunha & Pereira, 2021).

Quanto aos testes para sífilis, para ampliar o diagnóstico da doença, entre 2015 e 2016, o MS do Brasil descentralizou os testes rápidos de sífilis para APS e maternidades e a portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, aprovou o primeiro Manual de Diagnóstico específico para sífilis, esse com objetivo de orientar os profissionais da saúde sobre a ampliação das possibilidades de diagnóstico e estimular a realização da testagem rápida para sífilis (Brasil, 2016d).

Por outro lado, quanto ao acesso ao tratamento, desde 2014, observava-se desabastecimento global de penicilina, antibiótico eficaz indicado para o tratamento da sífilis e o único que inibi a transmissão vertical. Isso fez com que o MS decidisse utilizar o poder de compra do SUS e centralizar a aquisição do insumo com distribuição para todos os estados e municípios. Em 2016, ampliou-se o acesso dos municípios brasileiros à penicilina benzatina e em 2017 à penicilina cristalina (Miranda, Freitas, Passos, Lopez & Pereira, 2021).

Ao mesmo tempo, quanto à aplicação do antibiótico nas Unidades de Atenção Primária do Brasil, o MS sensibilizou o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) para rever a sua normatização e em 2015 o Cofen aprovou a decisão nº

0094/2015, que autoriza a equipe de enfermagem a aplicar a penicilina nessas unidades. Fato importante para ampliação do acesso ao tratamento na APS (Miranda, Freitas, Passos, Lopez & Pereira, 2021). Outra articulação nessa linha foi a que aprovou a resolução que ampliava a realização do teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatites Virais por auxiliares e técnicos de enfermagem capacitados. Anteriormente essa atribuição era apenas do profissional licenciado como enfermeiro (Cofen, 2016).

Com o desabastecimento da penicilina, os indicadores de sífilis foram potencializados, o que pode ser observado no painel de indicadores de sífilis congênita e em gestante, lançado pelo MS do Brasil em 2016. Para reduzir esses indicadores, como medida de saúde pública o MS tomou a decisão de lançar a 'Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil', e nesse mesmo ano, 2016, o MS lançou a 'Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil' e, em 2017, a 'Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis'. Os dois documentos definiram eixos de atuação com ações estratégicas para a redução da sífilis, que além da compra centralizada da penicilina, trouxeram a ampliação dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) de HIV e Sífilis e a certificação da eliminação da TV, dois agravos considerados como pautas importantes a serem alcançadas (Brasil, 2016a, p. 4; 2017a).

Ambas as agendas posicionavam a sífilis como um grande problema de saúde pública. Isso levou o MS a enfatizar a importância do diagnóstico e do tratamento adequado da sífilis para o Congresso Nacional, e, em 2017, foi sancionada a Lei nº 13.430, de 31 de março de 2017, que instituiu o terceiro sábado de outubro como Dia Nacional de Combate à Sífilis (Lei 13. 430, de 31 de março de 2017).

No ano seguinte, 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a recomendação do CFM nº 1/2018, que determina como diretriz a realização do teste treponêmicos rápido em gestante, e em casos positivos, recomenda o início imediato do tratamento (CFM, 2018).

Mais recentemente, em 2021, com foco em dar diretrizes para a prevenção e controle das doenças e agravos de importância para a Saúde Pública, entre eles

a sífilis, o MS do Brasil lançou o novo Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021d; 2021f). Além disso, em 2021, para a dar continuidade à indução da implementação da vigilância epidemiológica e manejo clínico das IST de forma fácil e prática pelos entes federados, o MS disponibilizou o Fluxograma para Manejo Clínico das IST em formato digital e impresso para os 26 Estados brasileiros e o Distrito Federal (Brasil, 2021g).

Assim mesmo, apesar de todos os esforços, a prevenção da TV ainda é uma das prioridades do MS do Brasil, OPAS e OMS, tendo como meta inicial atingir a taxa de incidência de sífilis congênita menor ou igual a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos nos países da América Latina e Caribe (Brasil, 2020; OMS, 2008). O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 do MS do Brasil mantém entre as suas prioridades e metas a serem alcanças até 2023: reduzir a TV da sífilis e da hepatite B e eliminar a TV do HIV; ampliar o acesso às ações de promoção à saúde e prevenção para populações mais vulneráveis; e ampliar o diagnóstico e o tratamento de todas as IST (Brasil, 2019c; 2021h).

Por fim, ratificando os compromissos do Brasil nas ações de promoção, prevenção e controle da TV do HIV e da sífilis, em 2021, o MS do Brasil lançou o primeiro 'Guia para Certificação da TV que incorpora a sífilis'. O Guia é baseado na lista de requisitos da OMS, e é oriundo das estratégias de combate à sífilis elencadas nas agendas nacionais, internacionais e nos ODS (Brasil, 2021c)

Trata-se de mais um elemento indutor da resposta à sífilis congênita. Para o MS, a importância dos estados e municípios aderirem à proposta de receber certificação incide na melhoria da qualidade do processo de trabalho das equipes de saúde na assistência prestada no pré-natal, parto, puerpério e seguimento na RAS para a eliminação da TV e conseqüentemente a cada selo recebido pelas diferentes entidades estatais o Brasil chega mais perto da eliminação da TV da sífilis (Brasil, 2021c).

Dentre os critérios mínimos que foram elencados para a concessão da certificação dos estados e municípios brasileiros está a implementação do CITV ou outro espaço similar no território, que seja capaz de investigar os casos de

sífilis congênita e subsidiar intervenções para redução da TV. Os Quadros 5 e 6 apresentam o painel de indicadores e metas de impacto e de processos, elencados pelo MS para certificação da eliminação da TV de HIV e/ou sífilis. Eles foram definidos a partir da experiência da política brasileira de prevenção da TV do HIV e também do *Framework* da OPAS/OMS (Brasil, 2021c; OPAS & OMS, 2017).

Quadro 5. Indicadores e metas de impacto para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis no Brasil.

Indicadores de impacto	Metas de impacto	Período avaliado
1) Taxa de incidência de crianças infectadas pelo HIV devido à transmissão vertical	≤ 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos	Pelo menos por um ano (último ano completo)
2) Proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas ao HIV, da rede pública e privada	< 2%	
3) Taxa de incidência de sífilis congênita	≤ 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos	

Fonte: Brasil, 2021c (adaptado de WHO, 2017; OPAS, 2014).

Quadro 6. Indicadores e metas de processo para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis.

Indicadores de impacto	Metas de impacto	Período avaliado
1) Cobertura mínima de quatro consultas no pré-natal	≥ 95%	Pelo menos por dois anos (últimos dois anos completos)
2) Cobertura de gestantes com pelo menos um teste para HIV no pré-natal		
3) Cobertura de gestantes vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral		
4) Cobertura de crianças expostas ao HIV que receberam profilaxia antirretroviral adequada		
5) Cobertura de gestantes com pelo menos um teste para sífilis no pré-natal		
6) Cobertura de gestantes tratadas adequadamente para sífilis		

Fonte: Brasil, 2021c (adaptado de WHO, 2017; OPAS, 2014).

O Guia do MS também se dirige àqueles territórios que não alcançaram as metas de eliminação da TV do HIV e/ou sífilis, mas que estão próximos de atingi-las. Para estes municípios há a oportunidade de receber selo de boas práticas. De

acordo com o número de indicadores e metas alcançados, os selos são do tipo bronze, prata ou ouro (Brasil, 2021c)

3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: PROJETO SÍFILIS NÃO!

O *Projeto Sífilis Não!* integra a Agenda Estratégica para Redução da Sífilis, diretrizes políticas implementadas pelo MS em 2017. Seu desenho responde ao Acórdão de 2016 entre o MS do Brasil e o Tribunal de Contas da União (TCU), que exigiu da autoridade nacional de saúde uma resposta mais eficiente ao cenário epidemiológico nacional de sífilis. Na ocasião, o Congresso Nacional concedeu emenda parlamentar de aproximadamente 57 milhões¹⁷ de euros e o MS descentralizou parte deste recurso para a execução do Projeto pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assim, o *Projeto Sífilis Não!* passou a ser operacionalizado pelo *Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde* (LAIS) da UFRN, em parceria com a DCCI da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS (Brasil, 2017b, 2018d, 2019d; Lucas, Carvalho, Souza, Melo & Crives, 2019).

O *Projeto Sífilis Não!* foi apresentado e aprovado pelo MS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), órgão de governança e gestão do SUS, que é composta pelas autoridades sanitárias das três entidades federativas do Estado brasileiro, as instâncias federal, estadual e municipal de saúde, em outubro de 2017. Na ocasião, a Comissão discutiu os critérios elencados pelo MS para definir os 100 municípios brasileiros que seriam prioritários pelo Projeto, bem com seus objetivos e linhas de ação de caráter universal e específicas para os municípios prioritários, que contaram com uma rede de pesquisadores de campo, para apoio e cooperação institucional (Brasil, 2017b).

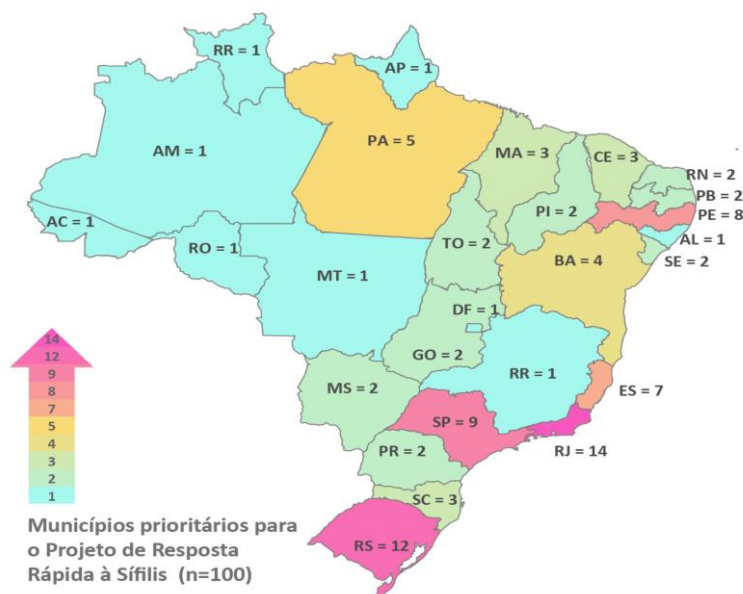
Os 100 municípios brasileiros considerados prioritários, na época da aprovação do Projeto, representavam a carga aproximada de 65% dos casos de sífilis no Brasil. A definição destes ocorreu por meio de um índice composto elaborado pelo MS. Para cálculo do índice foram consideradas as taxas e variação média de incidência de sífilis congênita em menores de um ano e as taxas de

¹⁷ A emenda parlamentar teve o valor de 200 milhões de reais (Brasil, 2018d, 2019d).

mortalidade perinatal dos últimos 5 anos, que antecederam o *Projeto Sífilis Não!*, e número de habitantes do censo IBGE 2010 (Brasil, 2017b; Mareco, Lima, Santos, Horta, 2021).

A seleção dos municípios por meio do cálculo de um índice composto de cada município serviu para fazer o *ranking* das prioridades, que foram distribuídas da seguinte forma: prioridade 1 - todas as capitais; prioridade 2 - os municípios de região metropolitana das capitais com mais de cem mil habitantes; prioridade 3 - os demais municípios com mais de cem mil habitantes (Brasil, 2017b; Lucas, Carvalho, Souza, Melo & Crives, 2019), vide Figura 10.

Figura 10. Distribuição dos municípios prioritários do *Projeto Sífilis Não!* por Estado e Distrito Federal, 2018.



Fonte: *Projeto Sífilis Não!*, UFRN, 2018.

Para operacionalização das ações específicas no âmbito dos 100 municípios prioritários, o *Projeto Sífilis Não!*, em 2018, implementou uma rede de apoio e pesquisa composta por 52 profissionais, também pesquisadores, selecionados por edital LAIS/UFRN, que por sua vez foram distribuídos em 72 destes municípios sob supervisão do MS, em parceria com a coordenação dos seus

pares de cooperação técnica na UFRN e dos gestores de saúde locais (Lucas, Carvalho, Souza, Melo & Crives, 2019; Santos, Oliveira, Pereira, et al, 2020).

O principal foco do *Projeto Sífilis Não!* é fortalecer os processos de regionalização em saúde do SUS e promover mais transversalidade entre a política de enfrentamento da sífilis e a sua prática no território. Dentre as metas de alcance do *Projeto Sífilis Não!* estão aquelas voltadas para o fortalecimento da vigilância, APS, e do cuidado integral. Todas elas estão em consonância com as políticas e planos nacionais e internacionais de enfrentamento à sífilis, como por exemplo, aquelas de cooperação técnica interfederativa para implantação/implementação de comitês municipais/regionais de investigação da TV da sífilis (Brasil, 2017b; Lais, 2018).

Para tanto, o *Projeto Sífilis Não!* é composto por 4 eixos estratégicos: vigilância em saúde, cuidado integral, comunicação e gestão e governança, esses que buscam a indução de políticas públicas por meio de estratégias, ações e pesquisas desenvolvidas no âmbito nacional e internacional, entre elas, as de integração entre APS e VS para o enfrentamento da sífilis no Brasil (Brasil, 2017d; 2019d; Santos, Oliveira, Pereira, et al, 2020).

4. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: VIGILÂNCIA EM SAÚDE (VS) E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

As políticas públicas em saúde relacionadas à temática da vigilância em saúde (VS) e a atenção primária à saúde (APS), também oriundas do movimento da reforma sanitária brasileira, são fundamentais para os avanços e conquistas das políticas de saúde da mulher, da criança e das IST no SUS do Brasil (Brasil, 2018c).

A VS é responsável por identificar o cenário sanitário e epidemiológico de todos os agravos de saúde, observando as tendências e padrões das doenças nos diferentes territórios (Oliveira & Cruz, 2015) e a APS é a ordenadora do cuidado na RAS, considerada a porta de entrada para os serviços oferecidos pelo SUS

do Brasil e é responsável por atender mais de 85% de todas as necessidades de saúde da população, incluindo as IST (Mendes, 2011; CONASS, 2019).

Para o MS do Brasil, a APS e a VS são consideradas transversais para as demais políticas públicas de saúde nacionais. A partir da integração da VS e da APS, a identificação das causas, desfechos e tomada de decisões em saúde nos territórios tornam-se mais qualificadas e estratégicas, o que seria o caso da resposta à sífilis (Brasil, 2018c).

4.1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE (VS)

O conceito da vigilância como instrumento da política pública surgiu no final do século XIX, e partiu da necessidade de investigar, acompanhar e estar atento ao que está acontecendo para identificar a causa, desfechos, fatores de risco e intervenção a ser realizada (Arreaza & Moraes, 2010).

No entanto, os primeiros estudos sobre causalidade das doenças foram iniciados em 1854 com um ensaio sobre a epidemia de cólera coordenado por John Snow, que a partir das suas investigações sobre óbitos e o consumo humano de água contaminada trouxe o conceito de causalidade da doença e identificou os desfechos, fatores de risco e intervenção para a resolução do problema (Smith, 1936).

São considerados desfechos em saúde os achados encontrados durante um estudo, a exemplo de curas, agravamentos clínicos e morbimortalidade (Ferreira & Patino, 2017). Os fatores de riscos são as condições que aumentam as oportunidades de uma pessoa desenvolver a doença, e por intervenções entendem-se as decisões realizadas para sanar os problemas identificados (Pinto, Basso, Barros & Gutierrez, 2018).

Em 1968, durante a 21ª Assembleia Mundial da Saúde, a vigilância foi definida como diretriz para a disseminação da informação e ação (Netto et al., 2017). Assim, composta pelo trinômio informação, decisão e ação, a vigilância passou a ser projetada como responsável pelo planejamento, implementação e avaliação do controle das doenças a partir da coleta sistemática de dados, a consolidação e a avaliação ordenada desses dados, e a agilidade na

disseminação dos resultados para tomada de decisão (Monken & Batistella, 2009; Netto et al., 2017).

No Brasil, após a reforma sanitária, e com a criação do SUS, foi entendido que para as práticas de vigilância serem eficientes, elas deveriam incorporar na sua ação os determinantes sociais de saúde, o acesso à informação aos atores estratégicos das diferentes esferas de governo, a responsabilidade do Estado na regulação sanitária, os princípios do SUS, entre eles o da integralidade, reconhecer os territórios e a participação da sociedade (Netto et al., 2017).

Para que o acesso à informação envolvesse as diferentes entidades governamentais, em âmbito mundial, em 1951, foi criado o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), responsável pelo monitoramento, vigilância e resposta às emergências de saúde internacionais. O RSI teve por competência estabelecer as diretrizes para atuação a todos os países signatários, entre eles o Brasil, no que diz respeito a capacidades básicas para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder às emergências em saúde pública (Netto et al., 2017).

A partir da necessidade do governo brasileiro em também fazer a detecção, notificação, monitorar e traçar estratégias para responder às emergências de saúde pública no Brasil e com a finalidade de descentralizar o modelo vertical de programas de vigilância, prevenção e controle de doenças centrado e executado apenas pelo Governo Federal, em 1980, os atores estratégicos dos estados, municípios, esfera federal e sociedade civil identificaram que havia necessidade de descentralizar os serviços de vigilância (Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, 1986).

Nesse sentido, o Brasil iniciou em 1993 a implementação do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN), mas foi apenas em 1988 que o SINAN foi reconhecido pelos entes estatais brasileiros como instrumento potente para a descentralização das ações de vigilância e como um modelo tecnológico de intervenção e atenção à saúde para registro, análise e posterior tomada de decisão embasado nas informações coletadas. Nesse momento, 1988, o SINAN

passou a ser utilizado de forma heterogênea por todos os municípios e estados brasileiros (Paim & Almeida Filho, 2000).

No SINAN é realizado o registro compulsório dos casos de sífilis congênita, gestante e adquirida (Paim & Almeida Filho, 2000). Os dados inseridos no SINAN são divulgados nos Boletins de Saúde do MS, estados e municípios. Anualmente o MS disponibiliza os seus Boletins de Saúde, entre eles, o Boletim de Sífilis (Brasil, 2019a). Os boletins são instrumentos utilizados na VS para promover a disseminação de informações relevantes e qualificadas, com o objetivo de contribuir com orientações e ações para o desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde em todo o território brasileiro (Brasil, 2019a; Stucky, 1997).

Com a ampla necessidade de ter um acompanhamento programático, sistemático e contínuo sobre as ações de VS, em 2003, o MS criou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), nesse momento, tendo sido reafirmado os compromissos das esferas governamentais brasileiras em normatizar e descentralizar as ações de vigilância. Então, em 2005, foram instituídos os Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) na capital de cada uma das 27 unidades da federação. É atribuição dos CIEVS fomentar a captação de notificações, prospecção, manejo e análise de dados de informação de forma descentralizada por cada unidade federativa estadual junto aos seus respectivos municípios (Brasil, 1999; 2005b).

A partir do fortalecimento das ações estratégicas desenvolvidas ao longo dos anos, assim como as progressões nas temáticas da saúde da mulher, da criança e das IST, a VS também conquistou a sua própria Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída em 2018, que passou a definir as práticas e processos de trabalho de vigilância, prevenção e controle dos agravos em saúde, em todo o território nacional, entre eles aqueles associados às doenças transmissíveis, como exemplo à sífilis, conforme grifo nosso, abaixo (Brasil, 2013).

“Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I - A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II - A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

III - A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

IV - A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

V - A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

VI - A vigilância da saúde do trabalhador;

VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.” (Brasil, 2013).

4.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O marco da APS como forma de organizar os sistemas de saúde foi iniciada internacionalmente em meados de 1920, a partir do Relatório de Dawson¹⁸. Nessa época havia altos custos com tecnologias, mas pouca resolutividade no cuidado prestado à população. Nesse sentido, com a finalidade de atender às necessidades da população e com objetivo de ter menos custos e maior eficiência no serviço prestado, o médico Bertrand Dawson elaborou o Relatório de Dawson (Kuschnir & Chorny, 2010).

O relatório de Dawson culminou na construção do Serviço Nacional de Saúde Inglês, uma importante referência de sistema de saúde público e universal por ter sido pioneiro em organizar o serviço de saúde com foco na APS (Kuschnir & Chorny, 2010; Melo, Mendonça, Oliveira & Andrade, 2018). Além disso, a partir

¹⁸ Esse relatório foi um marco da ideia da APS como forma de organização dos sistemas de saúde, publicado no Reino Unido Giovanni (2013).

do referido Relatório, a APS passou a ser considerada a responsável pela prevenção e promoção da saúde da população (Fausto e Matta, 2007).

A necessidade de regionalizar os serviços e a integralidade das ações de governo, entendendo que cada população tem as suas especificidades também foi descrita no relatório de Dawson. Com o objetivo de induzir políticas de desenvolvimento econômico e social dos países, a proposta teve apoio de vários governos, entre eles, o brasileiro (Fausto & Matta, 2007).

No contexto nacional brasileiro, os antecedentes da APS são posteriores ao Relatório de Dawson, mas antecedem a reforma sanitária brasileira. Desde os anos 1940, o governo brasileiro, entendendo que o saneamento básico é um importante componente para preservar a saúde da população, criou em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como parte do acordo bilateral com os Estados Unidos da América (EUA). O SESP buscava proporcionar melhor qualidade sanitária para regiões que produziam matérias-primas, e prezou por realizar o saneamento em regiões da Amazônia. Nos anos subsequentes, o SESP foi expandido para regiões brasileiras rurais e construiu redes de saúde local para prestar cuidados à população com foco na medicina preventiva e curativa (Renovato & Bagnato, 2010).

Nos anos 1960, o Brasil desenvolveu os primeiros Programas de Integração Docente-Assistencial (IDA). A proposta trouxe como inovação as temáticas da promoção e a prevenção da saúde, na teoria e prática, com foco nas condições de saúde, doença, relações sociais e epidemiológica dos usuários. Com características da medicina comunitária, ou seja, com foco em atender as necessidades da população mais carente, a IDA destacou-se por realizar ações assistenciais para populações mais pobres (Montonari, 2018).

A partir da IDA, os serviços de saúde no Brasil passaram a ser utilizados como campo de prática e ensino (Rodrigues, 1993). Os programas de IDA tiveram apoio organizacional e financeiro dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), vinculados tanto às escolas de medicina, quanto às agências internacionais, como exemplo, à Fundação Kellogg e Fundação Ford (Montonari, 2018).

Em meados dos anos 1970, com a diretriz de expandir os cuidados prestados à população, incluindo os de saneamento básico, e suprir as inadequações técnicas dos profissionais, foram criados outros programas, entre eles, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), inspirado no Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas Gerais. Esses dois programas buscaram preparar os profissionais para atender à população observando o contexto social, epidemiológico e local com foco em organizar a RAS para seguimento da assistência prestada (Rodrigues, 1993).

Como sinergia às conquistas da reforma sanitária dos anos 1970, a declaração internacional de Alma-Ata de 1978 trouxe uma definição mais concreta para APS. Na ocasião, os cuidados primários de saúde passaram a observar as singularidades socioculturais, regionais e comunitárias para atender às necessidades da população, assim como proporcionar serviços de proteção, prevenção, promoção, cura e reabilitação com autoconfiança, vínculo e participação da sociedade. Além disso, também foi descrito que cabe à APS ser a coordenadora do cuidado e prestar atenção à saúde nos problemas de saúde prevalentes, nutrição, saneamento básico, imunização, cuidados de saúde materno infantil e fornecimento de medicamentos essenciais (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Como refere esta Declaração: “Cuidados primários à saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde

“pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Com os avanços para a formulação e implementação da APS como ordenadora do cuidado, em 1979, o MS instaurou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O Prev-Saúde teve como foco universalizar e expandir os cuidados primários de saúde para todo o território brasileiro. Entretanto, a proposta não teve seguimento. Dentre os motivos estavam as questões políticas de governo, principalmente relacionadas à rede hospitalar privada, que foi contrária à proposta, aparentemente por receio, também, de perder recursos destinado a eles (Paiva & Freitas, 2021).

A partir da reforma sanitária, o governo brasileiro conseguiu implementar outros programas de fomento à APS (Paiva & Freitas, 2021). Em termos históricos, uma das primeiras iniciativas eficazes do MS dedicadas à organização da APS data de 1991 com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), e em 1994 com o Programa Saúde da Família (PSF), estratégias que abordaram as práticas de VS, promoção e prevenção da saúde como prioridades para a APS (Melo, Mendonça, Oliveira & Andrade, 2018).

Já em termos normativos, a APS ganhou destaque como política de saúde no âmbito da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96), regulamentadora da reorganização do modelo assistencial de saúde, que descentralizou para os municípios a responsabilidade de prestar os cuidados da APS para a população de suas respectivas abrangências (Fausto & Matta, 2007).

Após a criação do SUS, a APS ganhou ainda mais sinergia e, em 2006, foi instaurada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB trouxe inovações voltadas para a ampliação do acesso, cobertura e resolutividade da APS em todo o território nacional brasileiro. Além disso, a PNAB destaca a necessidade da integração entre APS e VS como condição essencial para atender à população na perspectiva intra e intersetorial (Almeida, Sousa, Brandão, Carvalho, Tavares & Silva, 2018; Brasil, 2017d).

Nesse sentido, com a finalidade de combater as desigualdades e iniquidades sociais, exterminar a acentuada falta de acesso à saúde pela população mais pobre, e reduzir a morbimortalidade materna e infantil, entre elas, aquelas voltadas para IST, a APS tem por diretriz:

- Regionalização e hierarquização (garantir a comunicação e fluxo na RAS, considerando as regiões);
- Territorialização e adstrição (atuar com foco na população adstrita no respectivo território, também com objetivo de criar vínculo e responsabilização entre as equipes e a população);
- Cuidado centrado na pessoa (prestar o cuidado de acordo com as singularidades de cada indivíduo);
- Resolutividade (capacidade de resolver as demandas de saúde da população);
- Longitudinalidade (garantir a continuidade do cuidado na RAS);
- Coordenar o cuidado (elaborar, acompanhar e organizar os fluxos dos utentes na RAS);
- Ordenar as redes (organizar a rede de acordo com as necessidades de saúde da população);
- Participação da comunidade (estimular a participação social como forma de ampliar a autonomia dos sujeitos e seus cuidados com a saúde), (Brasil, 2017d).

A partir das diretrizes da PNAB, que determina a APS como porta de entrada para mais de 80% das demandas de saúde da população, incluindo aquelas associadas aos casos de sífilis, o MS do Brasil tem destacado que para os seus objetivos serem alcançados, dentre eles, conseguir controlar doenças e agravos evitáveis, torna-se fundamental a integração entre a APS e a VS, identificando que com essa integração será possível alcançar a integralidade do cuidado, eficiência e efetividade das políticas públicas de saúde propostas no âmbito da saúde da mulher, da criança e das IST (Brasil, 2018c), inclusive daquelas voltadas para os processos investigativos dos CITV (Cronemberger; 2015; Borges, 2016).

**CAPÍTULO III - COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL COMO INTERVENÇÃO DE
SAÚDE PÚBLICA NO SUS DO BRASIL**

5. CONTEXTO: CRIAÇÃO DOS COMITÊS COMO INTERVENÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO SUS

A origem dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) como intervenção de saúde pública remonta a história dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM), que eram estratégicos para a prevenção e diminuição da mortalidade materno-infantil no século XX (Neto, Alves, Zorzal & Lima, 2008) e ativos até hoje. No Brasil, os CMM caracterizaram-se não só como espaços pioneiros de investigação e vigilância de mortalidade materna e infantil, essa política sendo também a primeira proposta realizada conjuntamente pelos programas de saúde da mulher, da criança e das infecções sexualmente transmissíveis (IST), ao mesmo tempo em que desde o início eram espaços de controle social, que é um dos princípios do SUS (Neto, Alves, Zorzal & Lima, 2008; Lima, 2017).

Os CMM são reconhecidos nacional e internacionalmente como estratégia exitosa de intervenção em saúde da mulher, pela sua capacidade de identificar casos, de monitorar as especificidades da rede de serviços e de propor medidas de intervenção que possam mudar a realidade ou curso da saúde materna e infantil da sua região de abrangência (OPAS & OMS, 2002; Brasil, 2009). Nesse sentido, mesmo no período anterior à criação do SUS, os CMM já se tinham tornado referenciais de indução e de intervenção de política pública para os territórios, inclusive para a instalação e condução dos CITV (UNICEF, 2020).

A literatura internacional mostra que os primeiros países que implementaram intervenções governamentais do tipo CMM foram a Finlândia e o Estados Unidos da América (EUA) nos anos 1930. Nos EUA, os estados pioneiros foram a Filadélfia e Nova Iorque (Tanaka, 1995; Volochko, 1992). No entanto, o país que se tornou modelo com este tipo de abordagem foi o Reino Unido, nos anos de 1950, por haver impactado positivamente nos dados de diminuição de óbitos materno e infantil do país após funcionamento ativo CMM (Moraes, Nascimento & Ferreira, 2019).

Na América Latina, ainda nos anos 1980, os CMM de Cuba destacaram-se pela rapidez na notificação de casos (até 24hs) e por realizarem a retroalimentação para os serviços de saúde com dados qualificados em um prazo de até 15 dias. Esse trabalho era realizado por uma Comissão Nacional responsável pela informação no âmbito do Sistema Nacional de Informação e Vigilância sobre mortalidade materna no país (Soares & Martins, 2006; Moraes, Nascimento & Ferreira, 2019).

A Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairóbi, no Quênia, em 1987, consolidou a importância de reduzir a mortalidade materna a partir de estratégias de investigação dos óbitos. Na ocasião, vários países tomaram essa recomendação e trataram de adaptá-la aos seus sistemas de saúde (Starrs, 1987).

Nos anos seguintes, as Conferências Internacionais relacionadas aos temas de direitos humanos, e às populações de mulheres e crianças ajudaram a consolidar a estratégia de vigilância de óbitos como política de saúde eficiente para a diminuição da mortalidade infantil no mundo. Dentre elas podemos citar: a 23^a Conferência Sanitária Pan-Americana, em Washington, e a Cúpula Mundial em Favor da Infância (*World Summit for Children*), em Nova Iorque, ambas aconteceram em 1990 (Tanaka, 2001; Laurenti, Mello & Gotlieb, 2004; Rodrigues, 2000).

Além disso, houve a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994 e, em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing. Esses eventos internacionais estabeleceram diretrizes e recomendações para as políticas de assistência integral à saúde da mulher com destaque para a importância da implementação de sistemas de vigilância de mortalidade materna, e trouxeram como proposta para os países signatários, entre eles o Brasil, alcançar a redução da mortalidade materna em 50%, até ao ano 2000 (Tanaka, 2001; Laurenti, Mello & Gotlieb, 2004; Rodrigues, 2000).

Os debates internacionais e o compromisso assumido pelos países nessas conferências proporcionaram o aumento do número de CMM na maior parte dos países da América Latina e do Caribe, até ao final de 1995 (Rodrigues, 2000).

De acordo com o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, em 2009, já havia comitês regionais e locais na Argentina, Colômbia, Equador, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai e no Peru. Nos países como Cuba, República Dominicana e Guatemala havia comitês nacional e regionais, e no Chile apenas um comitê nacional (Brasil, 2009).

No Brasil, os CMM tiveram a sua implementação inicial como política de saúde do nível estadual. Eles eram denominados Comitês Estaduais de Morte Materna e foram criados como intervenção da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) delineada em 1983 pelo Ministério da Saúde (MS) (Rodrigues, 2000).

Os primeiros CMM no Brasil foram o do Estado de São Paulo, em 1988, seguido pelos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro (Rodrigues, 2000). Para a implementação destes comitês, o MS contou com o apoio técnico de consultores, gestores estaduais, professores universitários e representantes de sociedades científicas e civil. O MS forneceu às entidades federais apoio técnico e financeiro, e, sensibilizou as autoridades sanitárias para auxiliarem na definição dos planos, ações e estratégias locais. Com a grande mobilização, foram implementados CMM estaduais nos 26 estados e no Distrito Federal no período de 1993 a 1996 (Brasil, 2009).

Após a indução da política nas 27 unidades federativas (UF), em 2005, o MS registrava 172 CMM regionais distribuídos nas diferentes regiões de saúde dos 26 estados e do Distrito Federal, 748 CMM municipais e 206 hospitalares. No entanto, mesmo com essa abrangência e apoio do MS do Brasil para as instalações, vários autores apontaram que houve retrocessos na implementação, instauração e funcionamento dos CMM estaduais, por dificuldades operacionais e estruturais (Rodrigues & Siqueira, 2003).

5.1. DIRETRIZES PARA A CONSTITUIÇÃO DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (CITV)

As diretrizes para a constituição e instalação dos CITV são oriundas dos CMM dos anos 1980 (UNICEF, 2020). A partir das políticas públicas de indução ao enfrentamento da morte materna e infantil no Brasil, as UF foram sensibilizadas sobre a temática e, a partir das diretrizes definidas para o funcionamento dos CMM, elas começaram a avaliar os indicadores locais e propor intervenções em saúde e para tal receberam apoio técnico e financeiro do MS (Soares e Martins, 2006), que foi estendido aos CITV nas décadas seguintes (Brasil, 2014).

Ainda que os CITV estivessem implícitos na política dos CMM, apenas em 2014 foi lançado o Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical, considerado marco normatizador das diretrizes e recomendações para os processos investigativos e instituição dos CITV para os estados, municípios e regiões brasileiras. Este protocolo reúne e integra as bases das políticas de enfrentamento da mortalidade materna e infantil, das políticas de saúde da mulher, da criança e das IST, ou seja, é transversal e bastante robusto (Brasil, 2014; 2019a).

A publicação do protocolo foi também marco indutor e base da agenda do MS junto aos estados e municípios para redução da TV do HIV, sífilis e hepatites (Brasil, 2014; 2019a). A partir da análise epidemiológica dos casos de TV, nos territórios, o MS sensibilizava atores estratégicos dos estados e municípios a refletir sobre a situação local e a movimentar novas articulações, e a sensibilização de outros atores estratégicos das UF. Tudo isso com o objetivo de impulsionar as diretrizes, a constituição e a instalação dos espaços de investigação da TV nos diversos territórios (Borges, 2016).

Mesmo antes da publicação do Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical pelo MS, em 2013, o estado Rio Grande do Sul (RS), foi um dos pioneiros na implementação dos CITV. As diretrizes do RS para a implementação dos seus comitês eram divididas em duas etapas ou momentos: o primeiro era conduzido pelo estado e o segundo pelos municípios, que se tornaram exemplos para

instalação de comitês de outros estados (Borges, 2016). Os Quadros 7 e 8 apresentam a distribuição das diretrizes elaboradas pelo estado do RS.

Quadro 7. Diretrizes para implementação dos CITV no estado do Rio Grande do Sul (RS) – primeiro momento (estado), RS, 2013.

Primeiro Momento (Estado)
Análise dos indicadores epidemiológicos do território, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): AIDS em crianças menores de cinco anos de idade e sífilis em crianças menores de um ano de idade.
Percepção da necessidade de implementar os CITV nos municípios, a partir dos dados epidemiológicos do território analisados pelos agentes estaduais.
Decisão dos primeiros municípios e regiões que iriam implementar os comitês.
Realização de reuniões de sensibilização junto aos gestores municipais para induzir e apresentar a política de criação dos CITV.
Apresentação do protocolo de investigação proposto pelo MS aos atores municipais.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados de Borges (2016), Brasil, 2021c.

Quadro 8. Diretrizes para implementação dos CITV no estado do Rio Grande do Sul (RS) – segundo momento (município), RS, 2013.

Segundo Momento (Município)
Articulação e decisão de quem seriam os membros do comitê;
Criação dos processos de normatização dos espaços (portarias, resoluções, regimento interno);
Organização do espaço físico para realização das atividades do comitê.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados de Borges (2016), Brasil, 2021c.

Vários autores destacam que para obter êxito na criação das diretrizes e posterior desempenho das atividades do CITV, cada estado, município ou região tem que considerar as suas especificidades e adequá-las ao Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical proposto pelo MS., ou seja, sempre respeitar a realidade local, e suas características epidemiológicas, sociais e demográficas (Cronemberger; 2015; Borges, 2016). Ao mesmo tempo, afirmam a importância de considerar nas diretrizes da implementação do CITV local a

articulação intersetorial com os diferentes saberes e setores do território, pois, o comitê envolve diferentes atividades políticas, desde a vigilância até a assistência do cuidado prestado a saúde da mulher, da criança e das IST (Cronemberger; 2015; Borges, 2016).

Quanto à composição dos comitês, cabe mencionar que os CMM, que remontam aos anos 1980, tinham membros exclusivamente médicos. Os demais profissionais, docentes e especialistas participavam apenas nos casos em que fosse necessário se ter uma consultoria técnica para algum tratamento específico (Rodrigues & Siqueira, 2003). No entanto, as diretrizes posteriores já trazem recomendações do MS para uma composição mais abrangente e interdisciplinar, devendo reunir instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada (Brasil, 2014; 2019a). Pois, com a finalidade comum de reduzir os agravos de saúde, entre eles a incidência da TV das IST, juntos, esses diversos atores terão uma visão mais ampliada e integrada dos processos, com impacto mais significativo nas intervenções realizadas (Cronemberger, 2015).

Nos documentos oficiais do MS do Brasil observou-se que os membros do CITV devem ser nomeados por meio de documentos legais e oficiais do território, ou seja, por decretos, portarias ou resoluções municipais e estaduais devidamente assinado pelo responsável competente. Esses documentos também podem compor as diretrizes do regimento interno para funcionamento do espaço de investigação do território (Borges, 2016).

6. OBJETIVOS DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

No Brasil, o CITV tem por objetivo analisar os eventos de agravos evitáveis, apontar medidas de intervenção para a região de abrangência, e qualificar a rede de vigilância e atenção à saúde (Brasil, 2014; Souza, 2017).

6.1. SÍFILIS: ANÁLISE DE EVENTOS E AGRAVOS EVITÁVEIS

Na literatura nacional e internacional, os agravos evitáveis são definidos como aqueles que poderiam ter tido um desfecho positivo, caso tivessem sido realizadas medidas de atenção e/ou atendimento e prevenção de forma parcial ou total pelos serviços de saúde de nível primário, de médio ou de alta complexidade, em um determinado local e tempo, em momento oportuno e de forma adequada (Rutstein, Berenberg, Chalmers, Fishman, Perrin & Zuidema, 1980; Malta, Duarte, Almeida, Dias, Neto, Malta & et al., 2007).

No século XXI, o MS investiu em conhecer e caracterizar quais seriam os agravos evitáveis no âmbito da TV. Assim, reuniu especialistas brasileiros, entre eles, médicos (clínicos, oncologistas, pediatras, neonatologistas), demógrafos, estatísticos, gestores das três esferas (estadual, municipal e federal), bioquímicos, especialistas em violência, dentre outros, e solicitou a definição de uma lista de agravos evitáveis no Brasil, a partir das tecnologias de assistência à saúde disponíveis no SUS (Malta, Duarte, Almeida, Dias, Neto, Malta, et al., 2007).

Nessa lista, a sífilis congênita aparece entre as causas de morte evitáveis em menores de cinco anos de idade e passível de redução, se for realizada uma adequada atenção à saúde da mulher na gestação, parto e ao recém-nascido. Além disso, foi observado que a sífilis em maiores de cinco anos e até aos 75 anos de idade, também é passível de redução, se forem realizadas ações adequadas de promoção, prevenção, e controle do agravo por meio das tecnologias disponíveis no SUS (Malta, Duarte, Almeida, Dias, Neto, Malta, et al., 2007; Malta, Sardinha, Moura, Lansky, Leal, Szwarcwald et al., 2010).

De acordo com a classificação das causas evitáveis pela CID-10¹⁹ a sífilis congênita está definida da seguinte forma: “Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual; feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez; feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta

¹⁹ CID-10: Código de Identificação da Doença. Para cada doença é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código intitulado CID 10 do agravo.

ou leite materno; crescimento fetal retardado e desnutrição fetal; transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte; isoimunização Rh do feto e do recém-nascido; isoimunização ABO do feto e do recém-nascido” (Brasil, 2009, p. 59).

Compactuando com a lista de agravos evitáveis do MS do Brasil, autores afirmam que as causas de óbito neonatal podem ser oriundas das afecções maternas (Sarinho, Coutinho, Acioli, Menezes, Abreu et al., 2001), e que a partir da análise dos agravos evitáveis podem ser evidenciadas as deficiências do sistema de saúde, entre elas aquelas voltadas para a falta de acesso aos serviços durante o pré-natal. Essas que já são apontadas na literatura nacional e internacional como potencializadoras das causas de óbitos evitáveis (Santos, lasnky, Ishitani & França, 2015; Dias, Santos & Andrade (2017).

Nesse sentido, podemos encontrar nos artigos científicos que para o melhor desempenho das ações de planejamento, monitoramento e intervenções na Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como para nortear as políticas públicas de saúde, é importante que seja realizada a análise dos dados de agravos evitáveis no contexto brasileiro, entre eles, a sífilis, que ainda no século XXI está entre as principais causas de morte fetal evitável em todo o mundo, sendo a segunda principal causa para este desfecho, precedida apenas pela malária (OPAS, 2019a; Malta, Duarte, Almeida, Dias, Neto, Malta & et al., 2007). Dias e Andrade (2017) ainda ratificam que mortes evitáveis por vezes poderiam ser reduzidas caso houvesse apontamentos com medidas de intervenções baseadas em análises dos agravos evitáveis, incluindo aquelas dos indicadores de saúde do território.

6.2. SÍFILIS: IDENTIFICAÇÃO DE MEDIDAS DE INTERVENÇÃO

No século XXI, os apontamentos das medidas de intervenções em saúde no contexto social, em consonância com os princípios do SUS, são embasadas pelas políticas sociais de promoção da equidade entre os estratos sociais (Antunes, 2015). Já no contexto epidemiológico, também do século XXI, os apontamentos das medidas de intervenção têm como norte as políticas de VS,

por consenso da comunidade internacional e nacional, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a VS é primordial para identificar a situação epidemiológica e sanitária territorial e para alcançar o controle dos agravos de saúde (OPAS, 2010).

No âmbito estratégico, a OPAS afirma que a integração intersetorial da vigilância e da assistência são primordiais para apontar medidas de intervenção (OPAS, 2010). Compactuando com essa afirmação, o MS do Brasil ratifica que é imprescindível o trabalho conjunto entre as diferentes entidades e parceiros, seja ministérios distintos, estados, municípios, organizações governamentais ou não, sociedades científicas, entidades de classe e demais instituições (Brasil, 2006c). Pois, a partir das análises de saúde intersetorial poderão ser propostas ações mais eficientes para os diversos territórios (OPAS, 2010; Brasil, 2006c).

Um exemplo concreto de medida de intervenção em saúde no que concerne às necessidades do território para a temática da resposta à TV do HIV e da sífilis ocorreu nos anos 2000, quando o MS apontou como medida de intervenção a ampliação do “Projeto Nascer – maternidades” nos territórios (Brasil, 2006c). O Projeto Nascer foi criado em 2002 e tem como foco intervir sobre desfechos desfavoráveis associados à saúde materna e infantil. Com a tomada de decisão do MS em ampliar o Projeto Nascer nos Estados, houve qualificação da organização do processo de trabalho e melhoria da assistência prestada às gestantes, puérperas e recém-nascidos, entre elas, aquela associada a testagem e a indicação terapêutica para sífilis e a VS (Brasil, 2003; Santos, Castro & Rios-Grassi, 2009).

No contexto internacional, a OPAS tem apontado como medida de intervenção para a eliminação da TV nos diferentes níveis dos sistemas de saúde latino-americanos: realizar campanhas de informação, educação e comunicação; qualificar as medidas de promoção e prevenção à saúde da população; aumentar a oferta de diagnóstico, tratamento, seguimento na rede e acesso ao pré-natal, com assistência prestada em momento oportuno e com qualidade, bem como fortalecer os sistemas de saúde, de informação e de coleta de dados para a eliminação da TV da sífilis (OPAS, 2017a).

Outras orientações de intervenção para combater a sífilis também são apresentados por estados e municípios, a partir da construção de planos de ação de enfrentamento à sífilis. Dentre esses, pode-se citar o município de Campo Grande, capital do estado Mato Grosso do Sul, que sinaliza eixos estratégicos para realização de intervenções: assistência, vigilância, gestão e governança, mobilização social, comunicação e educação permanente (Motta, 2017). Esses eixos de intervenção fazem parte também do enfrentamento aos desafios de saúde pública, quer seja o de qualificar a rede de atenção à saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis a fim de interromper a cadeia de TV (Plano Estadual de Enfrentamento a Sífilis Congênita, 2017). A OPAS também os considera integrados às intervenções em saúde para a eliminação de TV de HIV e sífilis congênita da América Latina e Caribe (Serruya, 2021).

6.3. SÍFILIS: QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA

A qualificação da assistência e vigilância em saúde no território pode ser dada de algumas formas, dentre elas, a partir da indução de políticas públicas articuladas com a realidade local e regional. Na literatura científica brasileira é destacado que para haver qualificação abrangente da assistência e vigilância, incluindo aquelas voltadas para o enfrentamento da sífilis, é necessário a interlocução e articulação das diferentes esferas de governo no âmbito da governança do SUS, ou seja, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Albuquerque, Cesse, Samico, Felisberto, Frias & Silva, 2021).

Autores nacionais têm destacado que a integração entre a vigilância e a assistência potencializam o planejamento de ações regionalizadas e a qualificação da RAS. Além disso, otimiza os recursos públicos e proporciona soluções de enfrentamento aos agravos de saúde (Albuquerque, Cesse, Samico, Felisberto, Frias & Silva, 2021).

A partir dos acordos e estratégias locais, como exemplo, a instauração dos planos de enfrentamento à sífilis nos territórios e da implementação de CITV,

podem ser lançadas qualificações na assistência e vigilância em cada localidade. No tocante à sífilis, algumas intervenções podem dar-se na indução de políticas públicas de saúde que fomentem a qualificação do cuidado prestado na assistência, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis durante o pré-natal, parto e nascimento, o monitoramento regional e local dos casos, a investigação dos casos de TV, dentre outros (Plano Estadual de Enfrentamento a Sífilis Congênita, 2017).

Representantes do MS do Brasil pontuam que a integração entre a assistência e vigilância fortalece as ações de controle da sífilis (Freitas, Benzaken, Passo, Coelho & Miranda (2021). No entanto, Maia, Guilhem e Lucchese (2010) destacam que há desafios para alcançar a integração entre a assistência e a vigilância, entre eles, conseguir desconstruir e alterar a forma isolada de trabalho que ambas as áreas têm realizado ao longo dos anos nas diferentes esferas do SUS.

Nesse sentido, para que as UF qualifiquem a assistência e vigilância no combate à sífilis e para que essas duas áreas consigam alcançar o patamar de integração, o MS do Brasil tem fomentando ações estratégicas para que as essas áreas se integrem, compartilhem e articulem o cuidado, considerando o conceito de saúde explicitado na Declaração de Alma-Ata, com uma visão holística do processo de saúde e doença no território, e entendendo a complexidade e necessidades dos usuários, desde o quadro clínico, ao social e epidemiológico (Brasil, 2018c).

7. O PROCESSO DE TRABALHO DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Os CITV podem ser considerados espaços de atuação interdisciplinar em vigilância e atenção, responsável por analisar os casos de sífilis congênita no território e propor soluções. O MS do Brasil recomenda que o processo de trabalho dos CITV tenha uma função educativa, com atuação técnica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva (Brasil, 2014). Além disso, é por meio do processo de trabalho dos CITV que se investiga as oportunidades perdidas na prevenção da

transmissão vertical (PTV), o que concomitante contribui para a melhoria da informação e qualificação da vigilância e assistência prestada (Brasil, 2014; Borges, 2016).

Nessa perspectiva, para investigar as oportunidades perdidas e qualificar a RAS, o processo de trabalho dos comitês deve identificar os determinantes da TV, propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da TV, contribuir para o monitoramento das ações de prevenção e controle da TV do HIV, da sífilis e das hepatites B e C, elaborar e divulgar relatórios para a RAS, esse último com retorno sobre as potencialidades e fragilidades identificadas no território (Brasil, 2014).

O Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical do MS tem a finalidade de definir as diretrizes para as UF do Brasil sobre o processo de coleta de dados, diagnóstico e análise das investigações da TV nos territórios. Ele é o instrumento norteador que deve ser utilizado no processo de trabalho dos comitês para investigar os casos de TV (Borges, 2016), sendo dividido em: registo da notificação, dados de identificação da criança, dados da mãe, antecedentes epidemiológicos da mãe, comportamento de risco e situação de vulnerabilidade, informações sobre o pré-natal, parto e puerpério e conclusão da investigação. Além disso, o Protocolo do MS orienta que os casos que devem ser investigados na TV da sífilis são os de aborto, natimorto, óbitos, e sífilis congênita precoce (Brasil, 2014).

7.1. FUNÇÃO EDUCATIVA DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (CITV) DA SÍFILIS

No Brasil, o eixo educativo na saúde é oriundo da década de 20, e na literatura moderna é ratificado como fundamental para prevenção e promoção de agravos e doenças. Autores afirmam que as ações educativas proporcionam o pensamento reflexivo e desenvolvem o conhecimento. Contudo, eles sinalizam que para que isso ocorra, as ações educativas devem ser coerentes com a realidade local e realizadas a partir das necessidades identificadas no território

(Candeias, 1988; Gonçalves, Carvalho, Fernandes, Veloso, Santos, Sousa & et al, 2020).

No que se refere à função educativa na prática dos processos de trabalho de um comitê, a literatura traz que a educação em saúde pode ser realizada por meio da realização de seminários, encontros, oficinas, discussões de casos investigados ou similares. Todos esses meios com o objetivo de capacitar os profissionais de cada região de saúde sobre os desafios locais e propor soluções para o território a partir da análise dos dados inerentes à localidade (Soares & Martins, 2006; Nobrega, Alves, Queiroz & Oliveira, 2019).

Nessa perspectiva, artigos científicos abordam que educação em saúde na temática da sífilis se torna indutora para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, gerando o conhecimento e sensibilização dos profissionais sobre os agravos de saúde do território (Silva, Labo, Pena, Silva, Andrade & Santos, 2020; Batista, 2019).

Compactuando com outras literaturas, Sortica (2017) pontua que a educação em saúde é capaz de desenvolver o pensar crítico e reflexivo dos sujeitos, que por meio do conhecimento gerado é capaz de propor soluções de saúde para cuidar de si e do outro. Além disso, a autora destaca que a educação em saúde tem função estratégica central para as políticas públicas de saúde, e sugere o comitê de investigação da TV como ferramenta para educação permanente em saúde com a discussão de casos reais do território.

7.2. OPORTUNIDADES PERDIDAS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (PTVS)

Na temática da sífilis congênita, diversas literaturas nacionais e internacionais trazem observações de que as oportunidades perdidas na PTVS são aquelas que poderiam ter sido evitadas, mas por algum motivo se chegou ao desfecho do caso de sífilis (Rodrigues, Celeste, Guimarães & Cesar, 2008; Macêdo & et al, 2020; Mareco, Lima, Santos & Horta, 2021).

Autores brasileiros afirmam que a não assistência ou a falta de assistência adequada durante o pré-natal é a principal oportunidade perdida para a prevenção da sífilis congênita, e pontuam que os casos poderiam ter sido evitados caso as gestantes tivessem um diagnóstico precoce e tratamento adequado (Rocha, Araújo, Barros, Américo & Silva Júnior, 2021).

Outros estudos ressaltam que além das falhas dos serviços de saúde, fatores sociais e comportamentais, como exemplos, gestante ter baixa renda, baixa escolaridade, não ter união estável, e ter comportamento sexual de risco ocasionado também por múltiplos parceiros sexuais sem proteção, contribuem para os desfechos desfavoráveis dos casos de sífilis congênita (Oliveira, Canani, Masiero & Silva, 2020).

No contexto geral, entre as oportunidades perdidas na PTVS estão: ausência, baixa adesão ou início tardio do pré-natal, diagnóstico e tratamento inadequados, não realização do tratamento da parceria sexual, caderneta do pré-natal não preenchida, não comparecimento da paciente encaminhada para outro serviço para receber o tratamento, e, a não realização da busca ativa (Coelho, 2020; Rodrigues, Barreto & Mareco, 2020; Mareco, Lima, Santos & Horta, 2021).

Todos esses elementos são ratificados no estudo com a representação da OPAS, que além de pontuar a necessidade de qualificar o pré-natal e a cobertura de testagem e tratamento, frisa a importância de melhorar o treinamento dos trabalhadores da saúde sobre diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de sífilis como um dos principais desafios para a eliminação da sífilis congênita na América Latina e Caribe (Silveira, Leon, Becerra e Serruya, 2019).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS

1.PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

Esta investigação trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizada junto a comitês e espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis (TV) em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal. Tal desenho foi escolhido porque tanto permite o aprofundamento do objeto investigado, que é parte de um todo, de forma ampla e detalhada (Triviños, 1987), quanto possibilita imprimir solidez na análise de amostras qualitativas (Minayo, 2010; Piovesa & Temporini, 1995).

Para Yin (2001), a escolha da pesquisa do tipo estudo de caso pode ser definida e distinguida de outros tipos de estudos, como dos experimentos e da pesquisa histórica, por três condições: 1) as questões de pesquisa propostas; 2) o controle do pesquisador sobre o evento estudado e seu comportamento; e 3) o grau de enfoque em acontecimentos históricos em oposição a acontecimentos contemporâneos. Nesses pontos, apesar da forma das questões de pesquisa “como” e “por que” também serem utilizadas nas pesquisas de experimentos e histórica, o tipo estudo de caso se distingue tanto por não exigir controle sobre os eventos comportamentais, característica das pesquisas de experimentos, quanto por focalizar em acontecimentos contemporâneos, o que diferencia das pesquisas históricas.

O tipo de investigação estudo de caso, o qual também faz parte da abordagem qualitativa, busca entender a realidade do contexto estudado, demonstra a multiplicidade de dimensões que estão presentes em uma determinada situação (Yin, 1994; Godoy, 1995), e possibilita a análise holística sobre o todo (Goldenberg, 2004). Para tanto, a investigação do tipo estudo de caso permite a ampliação dos métodos de coleta de dados, que podem ser por observações, entrevistas, artefatos e documentos (Triviños, 1987), sendo a entrevista uma das mais importantes fontes de informações para estudar o ‘caso’ (Yin, 2001), e a escolhida para estudar o ‘caso’ desta pesquisa.

Para esta investigação, a escolha da abordagem qualitativa justifica-se pelo seu potencial de responder a questões que não são solucionadas com abordagens epidemiológicas, experimentais, ou outros desenhos de base quantitativas.

Conhecer o processo de saúde e adoecimento da população é um desafio universal, e as pesquisas com abordagem qualitativas têm trazido grandes contribuições para esta compreensão (Green & Thorogood, 2004). Nesse sentido, a abordagem qualitativa permite um importante contributo para evidências científicas na área da saúde (Minayo, 2014), tanto pelo seu papel de produzir conhecimentos úteis sobre os processos de saúde e doença, quanto pela possibilidade de perceber as relações individuais e coletivas de como os sistemas globais funcionam (Green & Thorogood, 2004).

Além disso, na abordagem qualitativa almeja-se explicar o porquê das coisas, propõe-se a descrição detalhada das situações e busca-se conhecer como ocorrem os processos e não apenas o resultado final (Gerhardt & Silveira, 2009; Minayo, 2010).

Minayo (2010) define que a abordagem qualitativa é marcada por um ritmo próprio e particular denominado ciclo de pesquisa, composto por três etapas: 1) a fase exploratória; 2) o trabalho de campo; e 3) a análise e tratamento do material empírico. Portanto, começa por uma pergunta em busca de uma resposta, e ocasionalmente acarreta futuras interrogações (Minayo, 2010). Neste ponto, permite que os pesquisadores proponham trabalhos que explorem novos enfoques (Godoy, 1995).

Indo ao encontro ao ciclo de pesquisa de Minayo (2010), a primeira fase desta investigação foi realizada pelo desenvolvimento da pesquisa exploratória sobre o objeto estudado. Para construção do referencial teórico foram realizadas pesquisas bibliográficas em diversas fonte de dados, a exemplo, na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) (<http://brasil.bvs.br>); na PubMed (www.pubmed.org); e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (<http://lilacs.bvsalud.org>), que contempla as revistas da base *Scielo* e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). No entanto, não foram encontradas, de forma suficiente, pesquisas empíricas sobre o papel dos comitês de investigação da transmissão vertical (CITV) da sífilis, na sua expansão e importância. Fator primordial para considerar a necessidade de estudos empíricos sobre o 'caso' investigado nesta pesquisa. Nesse sentido,

Triviños (1987) afirma que o estudo exploratório parte da necessidade de existir mais pesquisas em torno de um determinado assunto.

Em seguimento ao ciclo de pesquisa definido por Minayo (2010), a escolha da parte descritiva da investigação deu-se a partir das perguntas de pesquisa e amostra do estudo, definidos de forma clara e delimitada, que possibilitaram descrever e analisar os fatos e fenômenos dos dados empíricos, após realizado o trabalho de campo.

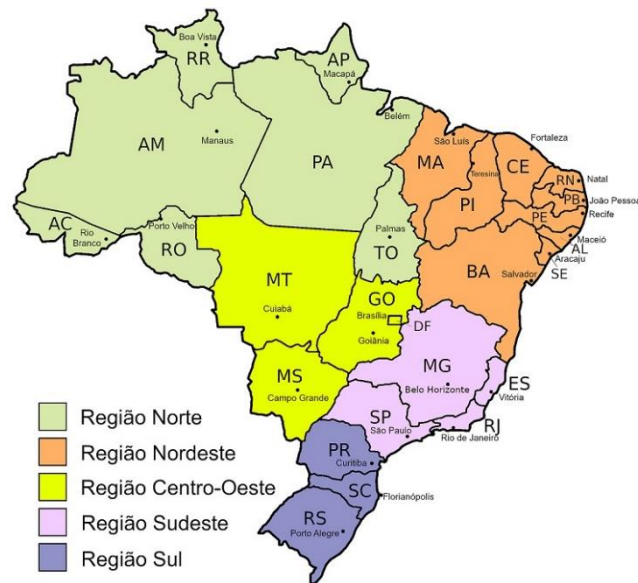
2.CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Com a identificação da necessidade de existirem estudos empíricos sobre o 'caso' de investigação aqui estudado. Os comitês e espaços de investigação da TV para a sífilis do cenário brasileiro foram escolhidos para a investigação desta pesquisa doutoral pela diversidade cultural e étnica do Brasil, seu panorama epidemiológico para a sífilis, a sua expansão territorial e as desigualdades sociais existentes no País, fatores que podem corroborar de maneira ampliada na realização de estudos e intervenções em outros territórios, brasileiros ou não.

O território nacional brasileiro é dividido em cinco regiões, vide Figura 11, com diferentes estruturas, o Brasil sendo composto por 26 Estados e um Distrito Federal, que comportam mais de 5 mil municípios, distribuídos em todo o território nacional (IBGE, 2021).

O Brasil é o maior país da América do Sul, com mais de 200 milhões de habitantes, aproximadamente 51,8% da população brasileira são mulheres e 48,2% homens. Em 2019, a maior parte da população se autodeclarava parda (46,8%), 42,73% brancos, 9,4% pretos, e 1,1% (indígena e amarela) (IBGE, 2020).

Figura 11. Mapa do Brasil, 2022.



Fonte: Google imagens, 2022.

3.AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra de uma pesquisa é um subconjunto de uma população ou de um grupo, com vistas a obter informações sobre o objeto de estudo, para tanto é necessário que o pesquisador delimite a amostra que irá representar o grupo na investigação (Fortin, 1999).

Minayo (1992) afirma que na pesquisa de abordagem qualitativa, uma boa amostragem é quando se torna possível abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Com esse entendimento, a autora pontua que na pesquisa qualitativa a representatividade numérica é desnecessária para garantia da representatividade da amostra (Minayo, 2010).

Nesta pesquisa, a amostragem do estudo foi a convencional. Para Fortin (1999) esse tipo de amostra é formado por aqueles que estão presentes em um determinado local e em um momento preciso. Portanto, a amostra deste estudo de caso são 26 espaços de investigação da TV da sífilis vigentes no território brasileiro, distribuídos em 25 estados e no Distrito Federal.

4.LEVANTAMENTO DE DADOS

A opção metodológica para o levantamento de dados desta investigação foi dada por técnicas qualitativas. Os dados primários da pesquisa foram coletados a partir de entrevistas, com suporte de um questionário semiestruturado (Anexo I), contendo perguntas abertas e fechadas, realizadas junto a informantes-chave dos 26 espaços de investigação da TV da sífilis, distribuídos em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal.

Para a coleta de dados a pesquisa ainda contou com colaboradores bolsistas.

4.1. INSTRUMENTO E TÉCNICAS UTILIZADOS

Optou-se pela entrevista semiestruturada por ela possibilitar maior profundidade e flexibilidade na garantia das respostas (Minayo, 2010), e, o recurso do questionário foi elaborado a partir de perguntas fechadas e abertas, pois as perguntas fechadas possibilitam análises de forma rápida, porém limitam as respostas às categorias da pergunta, e, as perguntas abertas, em contrapartida, não limitam as respostas e trazem informações que não foram contempladas nas perguntas fechadas (Goldenberg, 2004; Minayo, 2010).

4.1.1. A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

A construção do instrumento de pesquisa, questionário semiestruturado, foi realizado em quatro etapas: 1) levantamento da revisão bibliográfica e de instrumentos de pesquisa sobre o objeto da investigação; 2) elaboração e organização das perguntas do instrumento de pesquisa; 3) validação do instrumento de pesquisa por especialistas; e 4) pré-teste do instrumento de pesquisa pelos colaboradores da pesquisa e oficina de capacitação para início da coleta de dados.

1) Para refletir sobre quais as perguntas que seriam relevantes para compor o instrumento de pesquisa, primeiro foi realizado levantamento de revisão bibliográfica de materiais e instrumentos relacionados à temática da pesquisa. O

principal questionário de pesquisa encontrado para nortear o instrumento do objeto desta investigação foi o questionário de pesquisa semiestruturado, sobre o levantamento, mapeamento e diagnóstico dos CITV da sífilis, HIV e hepatites B e C, aplicado entre 2019/2020, pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) do Brasil. O instrumento da Unicef foi aplicado em 72 municípios brasileiros, distribuídos em todos os Estados do Brasil, incluindo as 27 capitais, todos esses municípios contemplados no escopo do *Projeto Sífilis Não!* (Unicef, 2020).

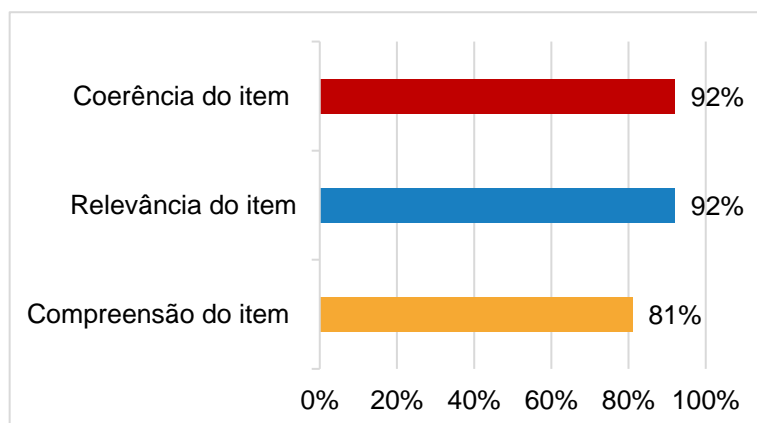
2) No segundo momento, as perguntas do instrumento de pesquisa, questionário semiestruturado, foram elaboradas com a finalidade de responder a cada uma das questões de pesquisa, e divididas em duas partes, a primeira sobre a implementação e sustentabilidade dos CITV da Sífilis, e, a segunda sobre o processo de trabalho e a importância do trabalho dos CITV para a resposta a sífilis. Neste momento, a primeira parte ficou composta por 24 perguntas, e a segunda por 11 perguntas, distribuídas entre fechadas e abertas. Além dessas, o questionário compunha 3 perguntas fechadas sobre o perfil do informante-chave do espaço de investigação da TV da sífilis entrevistado e uma última pergunta aberta para anotações, comentários e/ou considerações sobre a entrevista.

3) O instrumento de pesquisa, questionário semiestruturado foi inserido na Plataforma FormLAIS, *software* inteligente desenvolvido para coletar os dados das pesquisas atreladas ao *Projeto Sífilis Não!* Nesse primeiro momento, o objetivo de inserir o questionário de pesquisa no FormLAIS foi para a validação e qualificação do instrumento junto a especialistas. Portanto, o questionário foi validado por 3 especialistas, todos com quinze anos ou mais de tempo de serviço na temática da TV da sífilis, dois deles fazendo parte da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST) do Brasil, dois com titulação de mestrado e um de doutorado. O primeiro especialista foi escolhido por meio da busca do *currículo lattes*. Definido o primeiro, os outros dois especialistas foram escolhidos por meio da metodologia bola de neve, um indicou o outro, desde que tivesse mais de dez anos de experiência de trabalho na temática da TV da sífilis e pelo menos mestrado.

A validação do instrumento de pesquisa pelos especialistas foi dada pelo critério de relevância, coerência e compreensão de cada pergunta, em uma escala de tipo likert de um a cinco, respectivamente, distribuída da seguinte forma: discordo totalmente; discordo; não concordo nem discordo; concordo; e concordo totalmente. Além disso, em cada questão havia um espaço descritivo, para que o especialista pudesse inserir as suas considerações sobre a pergunta, como também havia um espaço ao final de cada parte do questionário, essa última para indicação de sugestões que os especialistas achassem pertinentes para o instrumento de pesquisa.

Na escala de likert sobre a validação do instrumento de pesquisa pelos especialistas, para 92% das perguntas os especialistas marcaram 'concordo' ou 'concordo totalmente' que a questão é coerente e relevante para a investigação. Já no quesito compreensão, para 81% das perguntas os especialistas marcaram 'concordo' ou 'concordo totalmente' que a questão é fácil de ser compreendida.

Gráfico 1. Distribuição da avaliação do instrumento de pesquisa pelos especialistas segundo a coerência, relevância e compreensão da questão para a pesquisa (concordo ou concordo totalmente), Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Após validação do instrumento de pesquisa pelos especialistas não foi necessário retirar nenhuma pergunta. Para facilitar a compreensão do item, em algumas perguntas, os especialistas pontuaram a necessidade de ajustes textuais. Além disso, os especialistas sugeriram que fossem acrescentadas

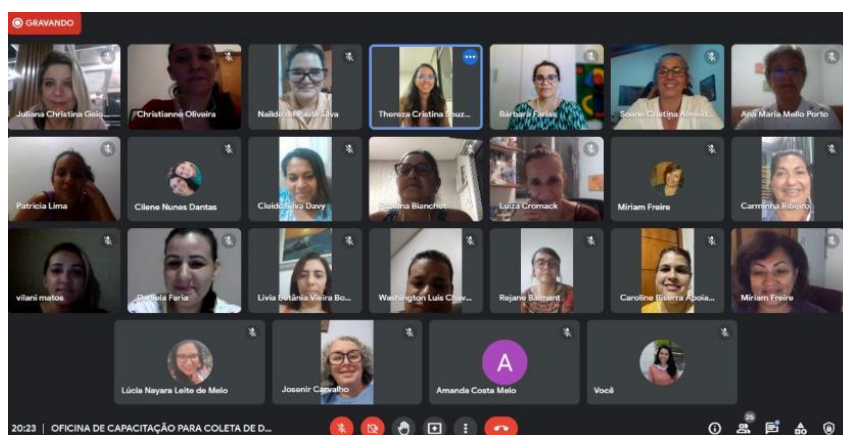
cinco novas perguntas, duas na primeira parte e três na segunda. Todas as sugestões dos especialistas foram acatadas.

Finalizada a validação e ajustes do questionário passou-se para última etapa – pré-teste do questionário e oficina de capacitação para coleta de dados.

4) O instrumento final, questionário semiestruturado, foi reinserido no FormLAIS. Nesse momento, os colaboradores que iriam realizar as entrevistas para a coleta de dados receberam o *link* do instrumento de pesquisa para realizarem o pré-teste.

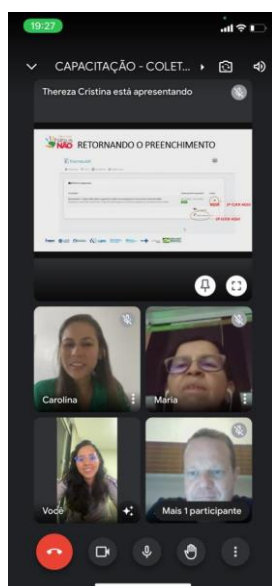
Realizado o pré-teste pelos colaboradores da pesquisa foram agendadas duas datas para a oficina de capacitação. As oficinas aconteceram respectivamente nos dias cinco e oito de novembro de 2021, vide imagens abaixo. Esses dois encontros foram fundamentais para que os colaboradores pudessem sanar as suas dúvidas e para que fossem repassadas as orientações necessárias para a coleta de dados.

Imagem 1. Oficina de capacitação para coleta de dados, Brasil, 2021.



Fonte: Arquivo próprio, 05 de novembro de 2021.

Imagem 2. Oficina de capacitação para coleta de dados, Brasil, 2021.



Fonte: Arquivo próprio, 05 de novembro de 2021.

Após realizado o pré-teste do instrumento de pesquisa pelos colaboradores que iriam ao campo coletar os dados, e realizada a oficina de capacitação, em nenhum desses dois momentos, se fez necessário realizar novos ajustes no questionário de pesquisa. Em seguimento, foi iniciada a coleta de dados da pesquisa.

4.1.2. COLABORADORES DA PESQUISA

A pesquisa contou com o apoio de 26 colaboradores bolsistas para realizarem a coleta de dados primários, distribuídos em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal, um por unidade federativa (UF). Os colaboradores são oriundos do Projeto Força Tarefa²⁰, que teve como pauta de ação a integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde (VS) nas 27 UF do Brasil, incluindo aquelas ações voltadas para a investigação da TV da sífilis em todos os Estados brasileiros e no Distrito Federal.

A escolha dos profissionais que atuaram no Projeto Força Tarefa para serem colaboradores desta investigação foi definida pelo fato deles já conhecerem as

²⁰ O Projeto Força Tarefa faz parte das ações estratégicas do *Projeto Sífilis Não!* e contou com apoiadores territoriais nos estados brasileiros e no Distrito Federal.

dinâmicas do Estado, terem atuado no *Projeto Sífilis Não!*, e por todos eles terem experiência de trabalho na temática da TV da sífilis.

4.1.3. ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE

A coleta de dados primários com os informantes-chave foi realizada por meio de entrevista, com o suporte do referido questionário semiestruturado, realizada com 34 informantes-chave de espaços de investigação da TV da sífilis, distribuídos por 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal, vide Quadro 9.

A seleção dos informantes-chave foi intencional. Justificada por esses sujeitos terem conhecimentos específicos e prática de atuação sobre o objeto de estudo da investigação (Fontanella, Ricas & Turato, 2008; Lima, 2017).

O critério de inclusão para ser um informante-chave e poder participar da entrevista foi afirmar trabalhar na Secretária Estadual de Saúde (SES) e ter atuação ativa no espaço de investigação que realiza as investigações da TV da sífilis em cada um dos 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal, e, o critério de exclusão, manifestar não concordância em participar ou desistir da entrevista após iniciá-la. Não houve informante-chave do Estado de São Paulo, pois os membros do Comitê Estadual de Vigilância a Morte Materna Infantil e Fetal (CEVMMI) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado, declinaram do convite.

Quadro 9. Distribuição dos informantes-chave da pesquisa em 26 Unidades Federativas (UF) do Brasil, Brasil, 2022.

ESTADO	Número de Informantes-Chave
ACRE	01
ALAGOAS	03
AMAPÁ	01
AMAZONAS	01
BAHIA	01
CEARÁ	01
DISTRITO FEDERAL	01
ESPIRITO SANTO	01
GOIAS	01

MARANHÃO	01
MATO GROSSO	05
MATO GROSSO DO SUL	01
MINAS GERAIS	01
PARÁ	01
PARAÍBA	01
PARANÁ	01
PERNAMBUCO	01
PIAUÍ	01
RIO DE JANEIRO	01
RIO GRANDE DO NORTE	01
RIO GRANDE DO SUL	02
RONDÔNIA	01
RORAIMA	01
SANTA CATARINA	01
SERGIPE	02
TOCANTINS	01

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para participar da entrevista para a coleta de dados da pesquisa não havia objeção em ter mais de um informante-chave do espaço de investigação do território, desde que todos cumprissem com os critérios de inclusão para ser informante-chave da pesquisa. Apenas os espaços de investigação dos Estados de Alagoas, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Sergipe optaram por ter mais de um informante-chave. No entanto, para os Estados que tiveram mais de um informante-chave, as respostas dadas na entrevista foram em consenso do grupo e registradas em apenas um questionário.

O período escolhido para o recorte dos dados do estudo de caso foi de 2015 a 2021, retrocedendo-se um pouco no tempo para melhor abordar e contextualizar o fenômeno. As entrevistas iniciaram no dia nove de novembro de 2021 e foram finalizadas no dia dezesseis de janeiro de 2022.

A maior parte das entrevistas foram realizadas presencialmente, dentro da estrutura física das SES. Pela dinâmica e especificidade do território, em virtude da pandemia da Covid-19, só foi possível realizar a entrevista com o Estado do

Paraná e o Distrito Federal via *google meet*, fato que não fragilizou em nada a coleta de dados. Também considerando a dinâmica territorial, aqui se referindo ao Distrito Federal, além da entrevista ter sido realizada *online*, o informante-chave da pesquisa representa a região sudoeste do Distrito, para as outras UF não houve essa especificidade.

Em média, as entrevistas duraram uma hora e trinta minutos, independente de acontecerem presencial ou *online*, e em todas elas buscou-se um local reservado, com clima agradável, de confiança e ético, aspectos que possibilitaram aos informantes-chave exporem os seus conhecimentos.

Caso fosse necessário a entrevista era interrompida e continuada no momento mais adequado para o informante-chave. Quando houve dúvidas sobre alguma pergunta a doutoranda foi acionada imediatamente, via ligação telefônica.

Durante as entrevistas as informações foram registradas no FormLAIS. Caso no momento da entrevista não houvesse acesso à internet, em momento oportuno, o colaborador atuante no Estado repassou todas as respostas para o FormLAIS.

5.PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Em busca de responder as perguntas de pesquisa e objetivos do estudo, os dados da pesquisa foram analisados no software *Excel*, em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação dos dados. Além disso, foi realizado análise e distribuição descritiva qualitativa dos dados da pesquisa. Nessa distribuição e análise geral procurou-se conhecer as diferenças e as semelhanças existentes nas diversas regiões do Brasil.

Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo, que tem como uma das precursoras desse método Bardin (2011), mas para essa pesquisa doutoral optou-se por Minayo (2010), por a autora ser referência contemporânea bastante utilizada em pesquisas qualitativas na área da saúde, sobretudo para aquelas voltadas para as agendas de saúde pública (Campos, 2004). Assim, para Minayo

(2010) a análise de conteúdo abrange três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados.

Seguindo o pressuposto por Minayo (2010), a primeira fase foi o momento de organizar o material a ser analisado. Baseado nos objetivos e questões do estudo, aqui, foram definidas as categorias a serem analisadas. Na segunda fase foi o momento de aplicar o que foi definido na primeira fase, como referido pela autora, por vezes, é necessário fazer releitura do material coletado, que de fato ocorreu nesta pesquisa, e, na terceira fase foi finalizado o tratamento dos dados e então feita a interpretação dos achados, neste momento, tentando desvendar os conteúdos subjacentes (Minayo, 2010).

6. QUESTÕES ÉTICAS

A ética em pesquisa está interligada à moral que norteia as ações do pesquisador e deve estar de acordo com os princípios do respeito à pessoa, da justiça e da beneficência frente ao objeto de estudo (Almeida, 2013). Para tal, Peixoto (2017) pontua que a ética em pesquisa vai para além de seguir normas regulamentadoras. Cabendo ao pesquisador, na sua prática investigativa, respeitar de forma literal a total privacidade e a proteção dos dados de todos os envolvidos na pesquisa.

Outro ponto fundamental para a ética em pesquisa é abordado por Lalande (1998). A autora afirma que nas pesquisas que envolvem entrevistas, além do pesquisador ter atitude ética quanto a proteção dos dados, o investigador também deve ser transparente na transcrição das respostas, não existindo, por parte do pesquisador, a indução destas.

Nesta pesquisa, durante toda a investigação houve respeito ético, empatia e confiança com os informantes-chave.

Em respeito a esses valores, no Brasil, toda a pesquisa que envolve seres humanos deve ser submetida a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) Brasileiro, via Plataforma Brasil, ferramenta brasileira para registro de pesquisas que envolvam seres humanos.

Além disso, para realização de pesquisas, em território nacional brasileiro, que envolvam áreas institucionais é necessário aprovação previa da UF. Nesse ponto, como esta investigação envolve áreas institucionais das Secretárias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, anterior à inserção do Projeto na Plataforma Brasil, foram colhido os Termos de Anuência Institucionais (TAI) dos Estados e do Distrito Federal

Em posse dos TAI dos 25 Estados e do Distrito Federal, a pesquisa foi submetida e posteriormente aprovada pelo CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP/HUOL/UFRN), Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), número: 50254021.0.0000.5292, liberado no dia 14 de setembro de 2021 (Anexo II). Após aceite do CEP/HUOL/UFRN, os Estados de Goiás e Rio Grande do Sul solicitaram ser co-participantes da pesquisa, isso significa que para a pesquisa acontecer nesses dois Estados seria necessário o projeto de pesquisa também ser avaliado pelo CEP local.

Para atender às especificidades locais, o projeto investigativo foi submetido ao CEP Leide das Neves Ferreira (LNF) do Estado do Goiás, e ao CEP da Escola de Saúde Pública da Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul (ESP/SES/RS). O parecer consubstanciado de aprovação do CEP do Estado do Goiás foi liberado no dia 20 de outubro de 2021, CAAE: 50254021.0.3001.5082 (Anexo III), e o do Rio Grande do Sul aprovado em 09 de janeiro de 2022, CAAE: 50244021.0.3002.5312 (Anexo IV).

Respeitando todas as diretrizes éticas brasileiras, antes do início da entrevista para a coleta de dados, foi lido e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, uma cópia ficando com a pesquisadora e outra com o informante-chave. O TCLE é um instrumento que registou o aceite do sujeito em participar da entrevista, e, garante o completo sigilo aos informantes-chave quanto a guarda das entrevistas de forma segura e sem acesso ao público no período de cinco anos. Passado esse tempo, os dados serão descartados.

7. BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA

Realizar uma pesquisa de doutoramento em âmbito nacional é um grande desafio, ainda mais considerando que há dimensões regionais diferenciadas e específicas nos territórios brasileiros. Logo, chegam os anseios e primeiros questionamentos: “Como iremos conseguir realizar uma pesquisa em escopo nacional? Como alcançar achados empíricos nessa esfera de atuação?”. A resposta vem a seguir.

Como já relatado, a pesquisa de doutoramento é financiada pelo *Projeto Sífilis Não!* e a sua concretização, com toda complexidade e extensão, foi possível dado o apoio, dedicação e determinação de toda a equipe envolvida para alcançar os objetivos traçados. Para isso, a pesquisa contou com o apoio da orientadora, coorientadores, coordenação e equipe do *Projeto Sífilis Não!*, colaboradores, coordenações estaduais e seus representantes que acreditaram no potencial desta pesquisa para a Saúde Pública.

Além disso, considerando a dimensão da pesquisa, outro motivo que possibilitou o seu acontecimento em tempo hábil e com qualidade foi a questão de os colaboradores da pesquisa serem atores que já conheciam o território e suas dinâmicas. Os colaboradores da pesquisa já tinham conhecimento sobre quem eram os atores territoriais, levando em consideração as diversidades que encontramos nas regiões do Brasil, fato que facilitou as tramitações locais, incluindo as questões de CEP.

Agora, para o leitor, conhecer como foi o percurso dos colaboradores nos territórios, convidamos fazer a leitura do livro – *Relatos de Experiência dos colaboradores da pesquisa de doutoramento*. Lá, apresentamos os 26 relatos de experiência referente à trajetória dos colaboradores da pesquisa de doutoramento nos 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal.

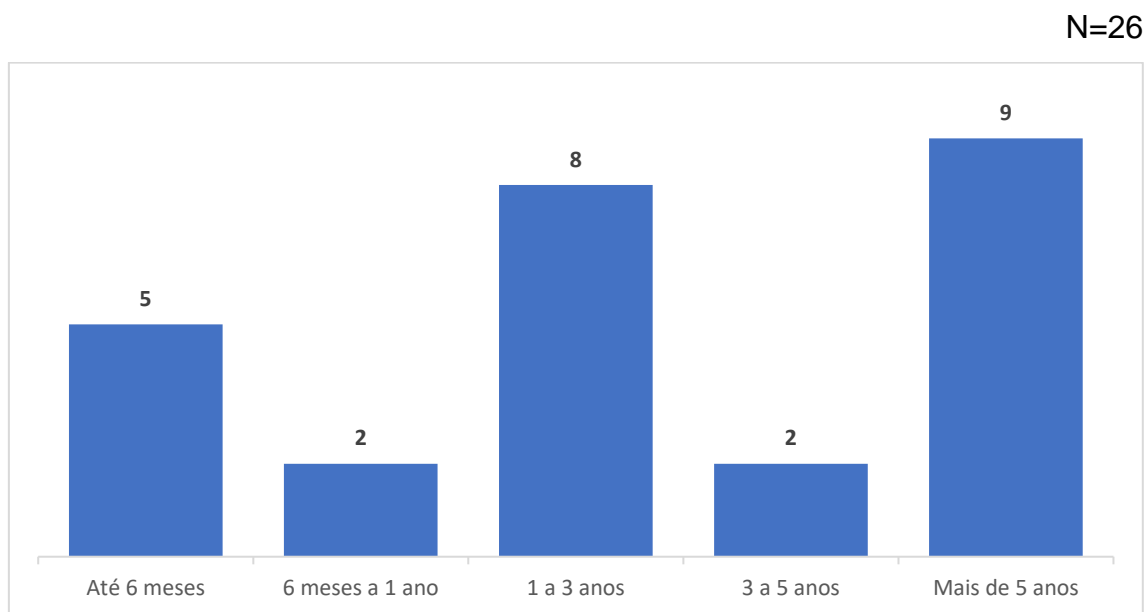
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8. CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE

O estudo contou com 34 informantes-chaves, de 26 espaços de investigação da transmissão vertical (TV) da sífilis, distribuídos em 25 Estados brasileiros e no Distrito Federal. Cabe mencionar que nos Estados que tiveram mais de um informante-chave, as perguntas relacionadas ao tempo de serviço e de atuação do profissional no campo da investigação da TV da sífilis, bem como titulação, foram aplicadas apenas aos sujeitos com maior tempo de serviço nos espaços de investigação da TV²¹.

Os Gráficos 2 e 3 apresentam a distribuição dos informantes-chave por tempo de atuação nos espaços de investigação da TV e por região do Brasil, respectivamente.

Gráfico 2. Tempo de atuação do informante-chave no espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

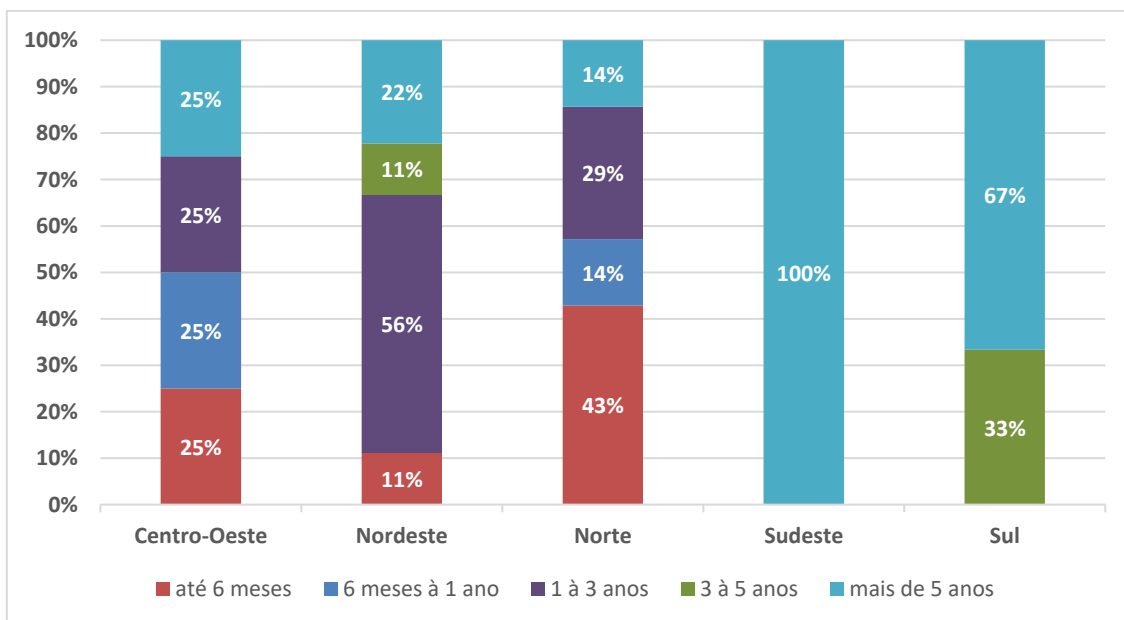


Fonte: Elaboração própria, 2022.

²¹ Para caracterização dos informantes-chave o instrumento de pesquisa, questionário semiestruturado, contemplou três questões, a saber, 1) *Tempo de atuação do informante-chave no espaço que realiza as investigações da TV da sífilis no estado e no Distrito Federal*; 2) *Tempo de serviço do informante-chave na temática da TV da sífilis*; e 3) *Selecionar maior titulação do informante-chave (graduação, especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado)*.

Gráfico 3. Percentagem do tempo de atuação do informante-chave no espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Percebemos singularidades regionais, sobretudo dos fatores de maior desenvolvimento local referido pelos informantes-chaves das regiões Sul e Sudeste. Observa-se no Gráfico 2 que a maior parte dos informantes-chave, 35% (9), têm mais de 5 anos de atuação no espaço que realiza a investigação da TV da sífilis, seguido de 31% (8), que têm de 1 a 3 anos. Dentre os 9 com maior tempo de atuação, 3 estão na região Sudeste e 2 na região Sul, o que pode ser observado na distribuição proporcional do Gráfico 3. Por outro lado, os profissionais com menor tempo de atuação encontram-se nas regiões Centro-oeste (1), Norte (2) e Nordeste (5) (Gráfico 3).

Tais dados mostram as diferenças regionais no tempo de atuação dos informantes-chave e sinalizam que as regiões Sul e Sudeste realizam o trabalho de investigação da TV de maneira mais sustentada, quando comparada às demais regiões.

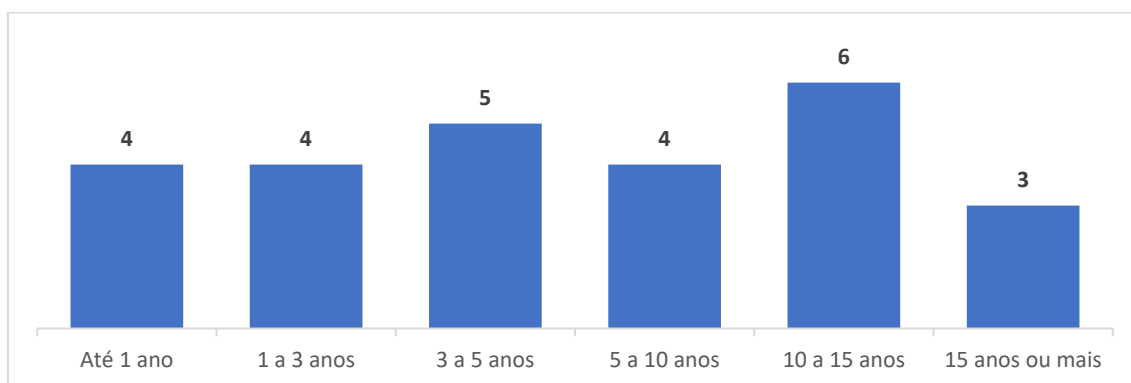
Cabe mencionar que os destaques das regiões Sul e Sudeste convergem com Borges (2016). A autora aponta que mesmo antes da Publicação do Protocolo

de Investigação da TV do Ministério da Saúde (MS), já em 2013, o Estado do Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros na implementação do CITV e consequentemente tornou-se exemplo para outros Estados brasileiros.

Os Gráficos 4 e 5 apresentam a distribuição dos informantes-chave por tempo de serviço na temática da TV da sífilis e por região do Brasil, respectivamente.

Gráfico 4. Tempo de serviço do informante-chave na temática da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

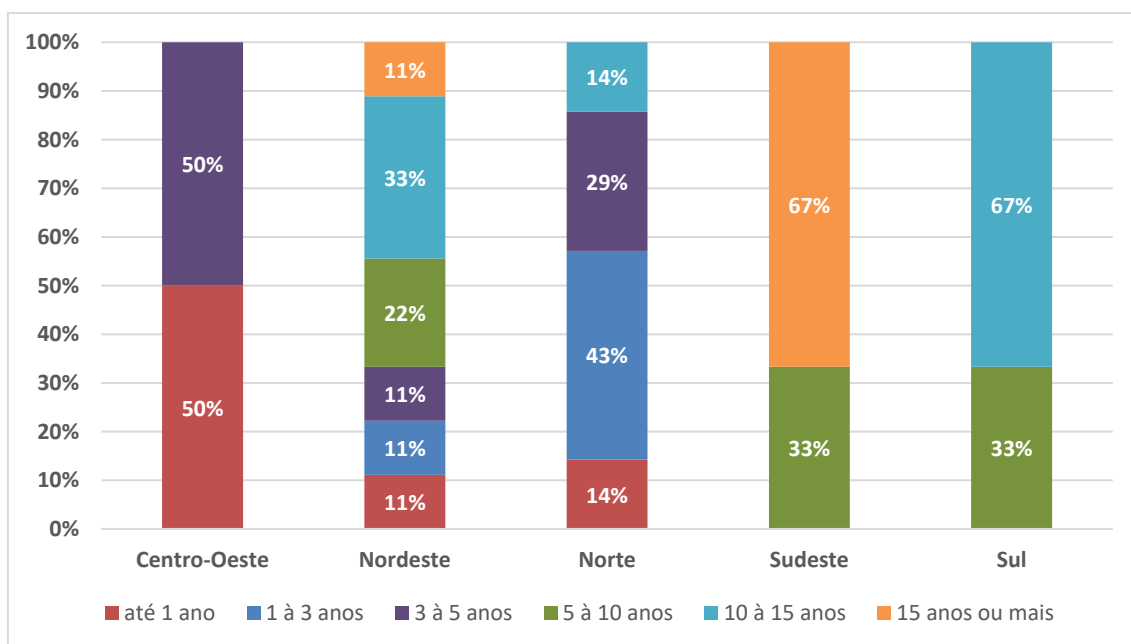
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 5. Percentagem do tempo de serviço do informante-chave na temática da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

No Gráfico 4 observa-se que 23% (6) dos informantes-chave responderam ter entre 10 a 15 anos de tempo de serviço no campo da sífilis, 19% (5) têm de 3 a 5 anos, 15% (4) até 1 ano, 15% (4) de 1 a 3 anos, 15% (4) de 5 a 10 anos e 12% (3) informaram ter experiência de 15 anos ou mais. Nas regiões Sudeste e Sul prevaleceram as faixas de maior tempo de serviço na temática da TV da sífilis, 5 anos ou mais. Já a região Centro-Oeste ficou dividida em dois períodos, 50% com até 1 ano de tempo de serviço, e os outros 50% na faixa de 3 a 5 anos. As regiões Norte e Nordeste tiveram uma percentagem diversificada entre ambas as faixas elencadas (Gráfico 5).

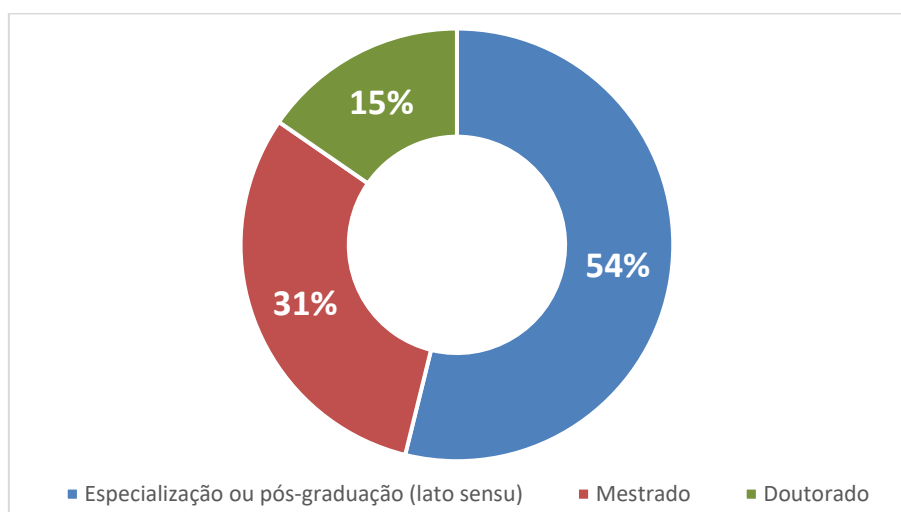
Nesse ponto também podem ser observadas as diferenças regionais no território brasileiro. Mais uma vez as regiões Sudeste e Sul destacam-se com dados demonstrando que nessas duas regiões há profissionais com maior tempo de experiência na temática da sífilis.

No Brasil, historicamente as Regiões Sul e Sudeste contam com mais recursos em saúde. Mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a distribuição da oferta de saúde era bastante desigual e em consequência, possuía maior número de profissionais nas Regiões Sul e Sudeste (Rodrigues-Filho (1987) e Simão e Orellano (2015), o que pode sustentar o dado de que é nessas regiões onde se tem maior continuidade nas agendas públicas relacionadas à sífilis em detrimento das demais regiões brasileiras.

Os Gráficos 6 e 7 apresentam a distribuição dos informantes-chave em relação à titulação acadêmica e o seu percentual por região do Brasil, respectivamente.

Gráfico 6. Percentagem da maior titulação do informante-chave, Brasil, 2022.

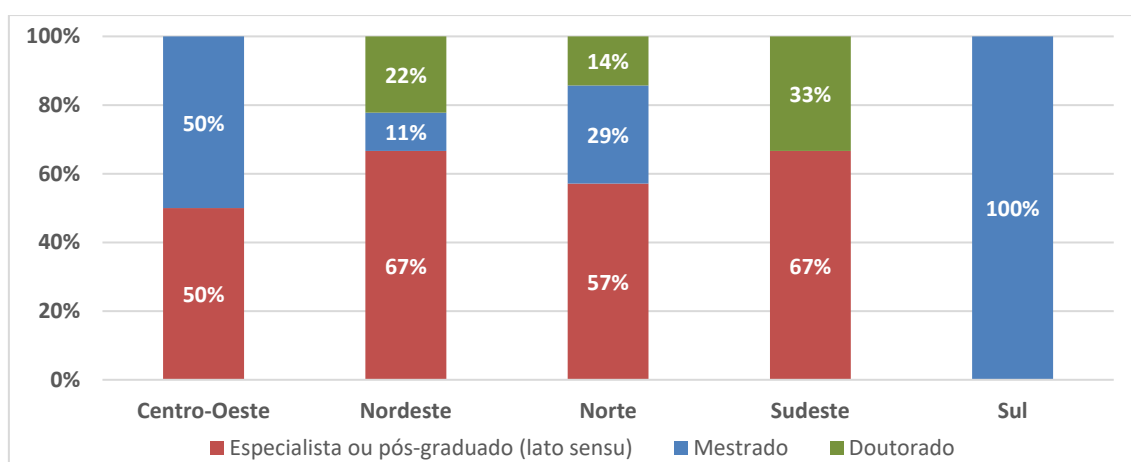
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 7. Percentagem da maior titulação do informante-chave, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

No Gráfico 6, observa-se que 54% (14) dos informantes-chave têm especialização ou pós-graduação (*lato sensu*), 31% (8) mestrado, e 15% (4) doutorando. Dentre os informantes-chave das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, 60% (6) deles apresentam como maior titulação o mestrado (5) ou doutorado (1), já nas regiões Norte e Nordeste mais de 50% dos informantes-chave apresentam como maior titulação a pós-graduação *latu sensu* (Gráfico 7)

Os dados sobre titulação acadêmica convergem com aqueles apresentados pelo IPEA, PENUD E FJP (2019) os quais indicam que as regiões Norte e Nordeste têm menores índices de desenvolvimento educacional quando comparados às outras regiões brasileiras.

9. UM MAPA ATUAL DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (CITV) DO BRASIL

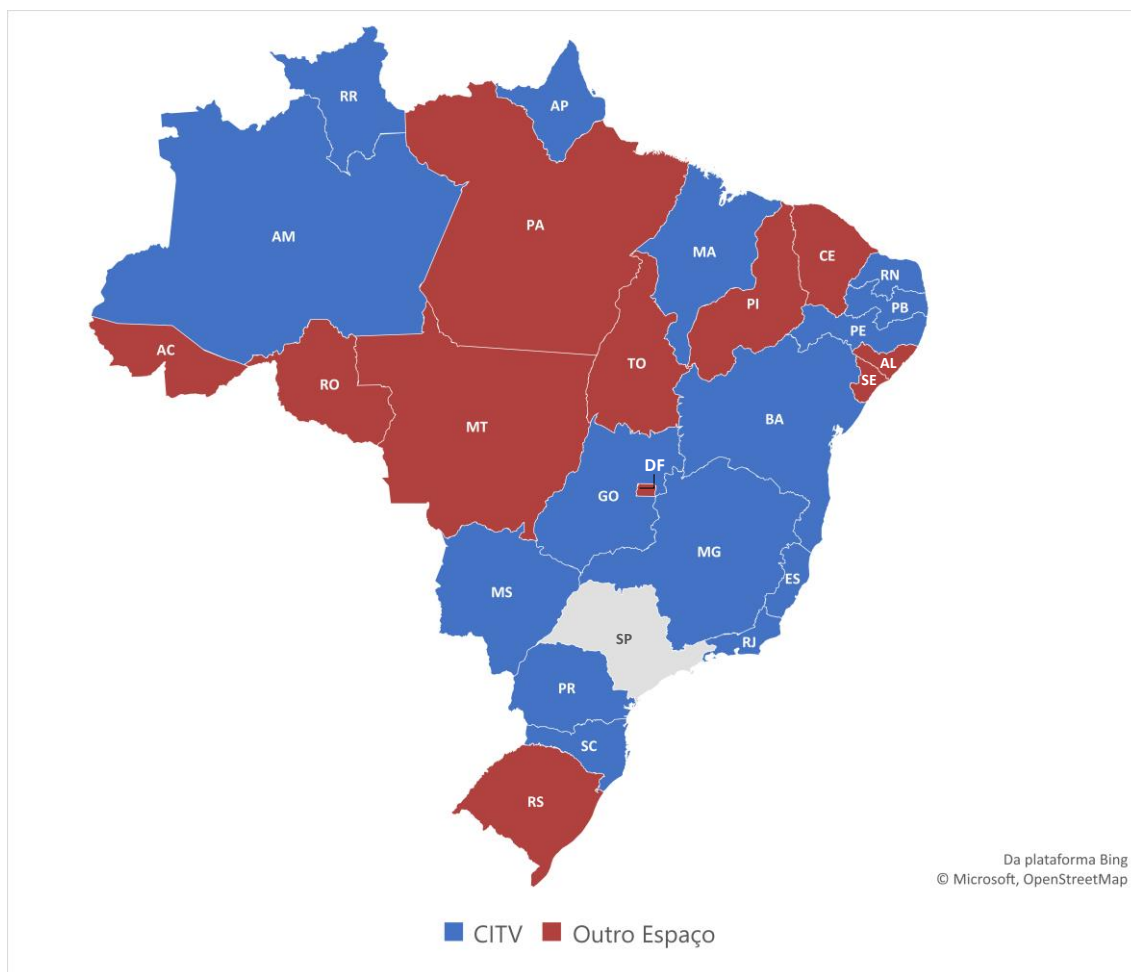
O Protocolo de Investigação da TV que foi implementado pelo MS em 2014 apresenta os CITV da sífilis como espaços responsáveis por investigar os desfechos de sífilis nos diversos territórios brasileiros. No entanto, evidenciou-se que a prática da investigação da TV da sífilis não acontece necessariamente em CITV criados de acordo com a normativa e regulamentação do MS. Nas UF brasileiras essa prática acontece em espaços variados.

Na Figura 12 observa-se que em 58% (15) dos Estados estudados há CITV com essa mesma nomenclatura, sobretudo nos Estados das regiões Sudeste e Sul, respectivamente em 100% e 67% dos seus Estados.

Nos Estados do Amazonas, Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Roraima os comitês foram implementados a partir de 2018, e, nos Estados do Amapá, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina os comitês foram implementados entre 2015 a 2017. No entanto, dentre esses últimos, o comitê do Estado do Amapá é o único que desde a sua criação não contempla a pauta da sífilis.

Figura 12. Existência de Comitê ou outro espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

N=26

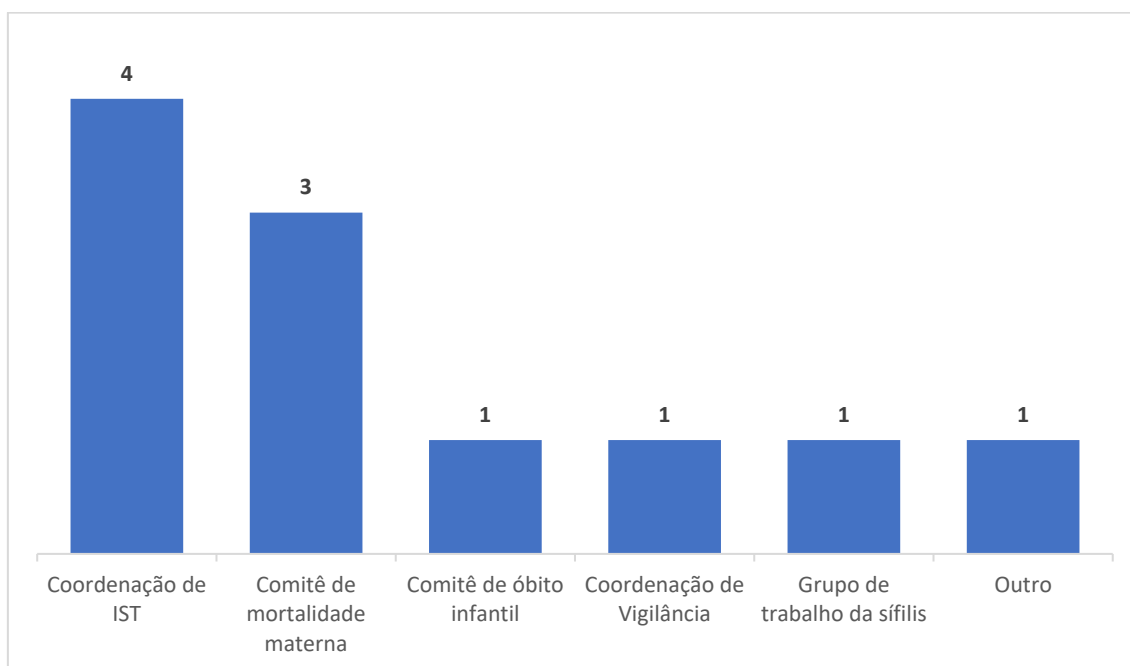


Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para as 11 UF que não utilizam a terminologia de CITV, o Gráfico 8 apresenta que os espaços investigativos locais são diversos, são eles, a Coordenação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (Acre, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Tocantins), Comitê de Mortalidade Materna (Distrito Federal, Pará e Rondônia), Coordenação de Vigilância (Sergipe), Grupo de Trabalho da Sífilis (Piauí), Comitê de Óbito Infantil (Ceará), e em Alagoas o processo de investigação é fragmentado em várias áreas do Estado, dentre elas, a atenção primária à saúde (APS) e a área de vigilância.

Gráfico 8. Existência de outro espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

N=11



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os dados sobre a identificação dos espaços de investigação demonstram que 15 UF optaram por utilizar a nomenclatura estabelecida pelo MS (Figura 12). Ou seja, essas UF demonstram que claramente utilizam o protocolo estabelecido pelo MS sobre a implementação de comitês de Prevenção à Transmissão Vertical da Sífilis (PTVS). Ao mesmo tempo, 11 UF mencionam que a prática da investigação da TV aproveita comitês já existentes na UF ou deixa esse propósito a cargo das secretarias estaduais de saúde, sobretudo entre as áreas de APS e/ou vigilância.

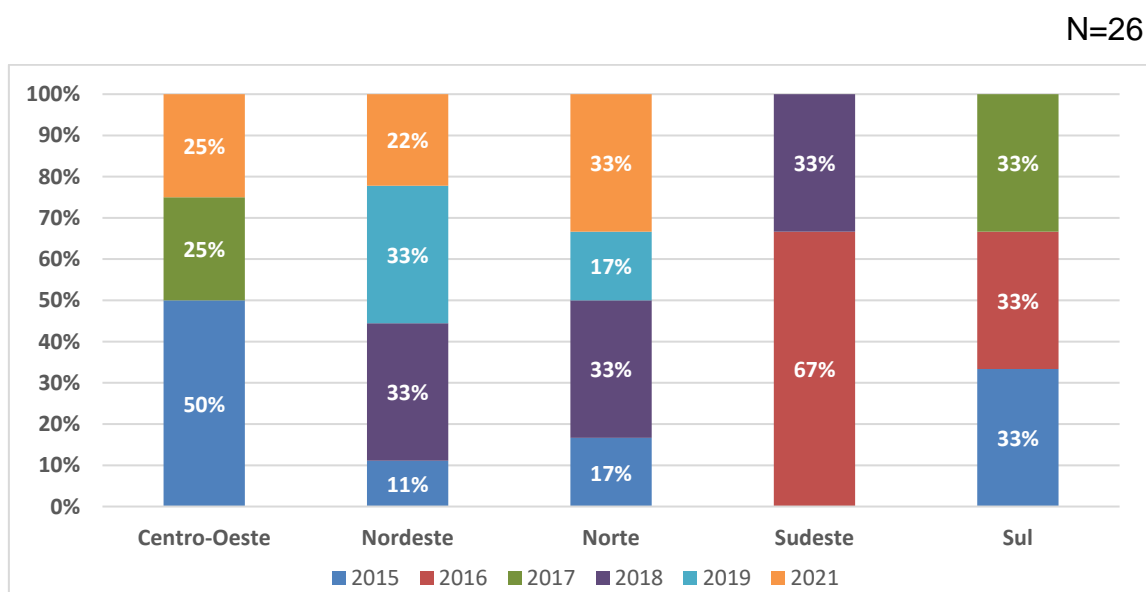
A integração da APS e vigilância é fundamental para as agendas de saúde, notoriamente também para o processo investigativo da TV das UF, onde será possível, de forma conjunta, identificar as causas, desfechos e melhores tomadas de decisões a serem realizadas (Brasil, 2018, 2018c; Freitas, Benzaken, Passo, Coelho & Miranda (2021)). No entanto, ainda que a UF de Alagoas tenha demonstrado realizar as investigações como prática entre a APS

e vigilância estaduais, não foi possível observar com clareza se essa prática se dá de maneira integrada ou fragmentada.

Os dados sobre a tipologia dos espaços de investigação sugerem ainda uma investigação mais aprofundada, em estudos posteriores, a respeito das razões da tomada dessa decisão estadual, uma vez que cada UF tem o seu histórico específico em relação à implementação das políticas de saúde da mulher, da criança e de vigilâncias às IST. Ao mesmo tempo, essas diferenças também podem ser justificadas pelos variados contextos e diversidades sociais e culturais, sobretudo as que são refletidas nas agendas públicas de saúde (Ramos, 2008 a, b, 2009a, 2011, 2013 a, b).

Outro dado regional a ser destacado, refere-se à inserção da pauta da sífilis nos espaços investigativos estaduais e no Distrito Federal. Dos 26 territórios brasileiros participantes da pesquisa, ao total 57,6% (15), seja ele comitê ou outro espaço investigativo, passaram a contemplar a temática da investigação da TV da sífilis a partir de 2018, com destaque àqueles das regiões Nordeste e Norte (vide Gráfico 9).

Gráfico 9. Percentagem do ano de implementação da investigação da transmissão vertical da sífilis no espaço que realiza as investigações, por região, Brasil, 2022.



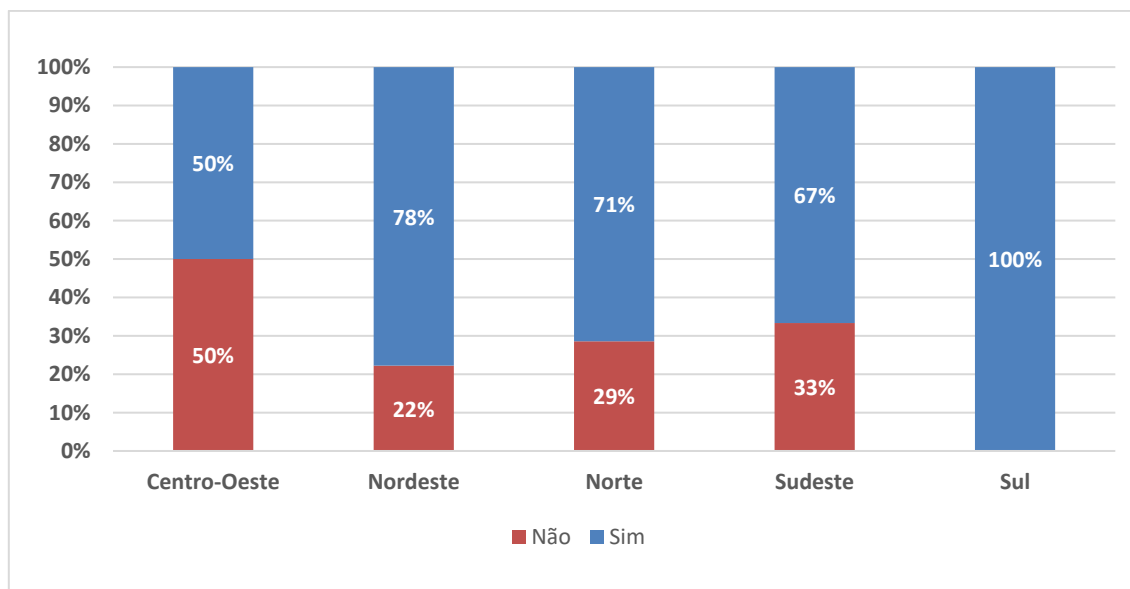
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os dados mostram que o *Projeto Sífilis Não!* corroborou com a implementação dos espaços investigativos instaurados a partir de 2018, bem como na inserção da pauta das sífilis nesses espaços, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Documentos técnicos do MS do Brasil destacam que as políticas públicas de saúde são corresponsáveis pelo fomento e ampliação das pautas estratégicas nos territórios (Brasil, 2009; 2011; 2018a). No campo da resposta à sífilis, autores como Rocha et al (2022) e Pinto et al (2022), demonstraram que o *Projeto Sífilis Não!* contribuiu como instrumento indutor da política pública de sífilis, com ações programáticas que começaram a ser apresentadas aos Estados ainda em 2017 e que notoriamente tal indução foi bastante direcionada à agenda da sífilis congênita.

O Gráfico 10 mostra que 73% (19) dos informantes-chave da pesquisa afirmam que o referido Projeto claramente contribuiu para a inclusão da pauta da sífilis no espaço local que realiza as investigações. Regionalmente, 50% (2) dos informantes-chave das UF da região Centro-oeste (Goiás e Mato Grosso), 67% (2) da região Sudeste (Espírito Santo e Minas Gerais), 71% (5) da região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Roraima e Tocantins), 78% (7) da região nordeste (Alagoas, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 100% (3) da região sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina).

Gráfico 10. Percentagem da contribuição do *Projeto Sífilis Não!* para a inclusão da pauta da sífilis no espaço que realiza a investigação da transmissão vertical, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Nos questionários, essa evidência também é apresentada de maneira qualitativa em expressões do tipo:

“(…) passou-se a discutir mais sífilis, com visibilidade maior (E22 – Norte)”;

“O *Projeto Sífilis Não!* deu maior visibilidade para a magnitude de transmissibilidade do agravo e melhor planejamento das ações de prevenção (E4 – Nordeste)”.

“Contribuiu para a integração e articulação entre a VS, APS e Municípios envolvidos no Projeto (E8 – Sul)”.

“Durante a implantação do Comitê houve auxílio dos apoiadores do *Projeto Sífilis Não!* em várias frentes (E21 – Norte)”.

“O *Projeto Sífilis Não!* possibilitou a ampliação da discussão com os municípios identificados como prioritários. Durante o Projeto foi possível constituir os Comitês nesses municípios, avançar nos processos relacionados à investigação

e desenvolver ações estratégicas no controle da sífilis. Já o Projeto Integração possibilitou a aproximação dos setores internos da SES - VS e APS - despertando nos gestores e técnicos das duas áreas o sentimento de que o trabalho integrado era necessário e os resultados nesse sentido seriam mais promissores (E24 - Sudeste)”.

“Estimulou a discussão e a necessidade de ter um espaço para analisar as notificações de sífilis congênita e organizar o processo de trabalho nessa temática (E25 – Centro-Oeste)”.

Sobre a contribuição de outros Projetos ou Programas na indução da política de sífilis apenas os informantes-chaves do Estado do Maranhão e Mato Grosso os elencaram. O informante-chave do Maranhão traz o Programa intitulado “Cheque Cesta Básica - Gestante”²² do Governo do Estado do Maranhão, como um Programa que contribuiu para a inclusão da pauta da sífilis no espaço que realiza as investigações no Estado, e, o informante-chave do Estado do Mato Grosso pontua que a institucionalização da saúde do homem e da *Rede Cegonha*²³ também foram importantes para a inserção da discussão da TV da sífilis no Estado.

9.1. SITUAÇÃO DOS ESPAÇOS DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS NAS UNIDADES FEDERATIVAS BRASILEIRAS

Na Figura 13 observa-se que 35% (9) dos espaços de investigação, estão em fase de implementação, 35% (9) estão implementados sem agenda de atividades definidas, e 30% (8) estão implementados com agenda de atividades

²² O recebimento de até 9 parcelas no valor de 100 reais do Programa “Cheque Cesta Básica – Gestante” está vinculado ao acompanhamento da gestante durante o pré-natal, puerpério e puericultura, conforme condições: “realizar uma consulta de pré-natal, obrigatoriamente, no primeiro trimestre e até a 12ª semana da gestação; cinco consultas de pré-natal, preferencialmente, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; duas consultas de puerpério e puericultura, sendo a primeira até sete dias e a segunda de 30 a 42 dias após o nascimento” (Maranhão, 2022).

²³ Autores abordam que esse é um programa denso na temática da saúde materno e infantil voltado para a qualificação do atendimento às necessidades específicas de ambas as populações, em seus diferentes territórios, e além disso que respeita as singularidades locais e regionais (Cassiano, et al (2014).

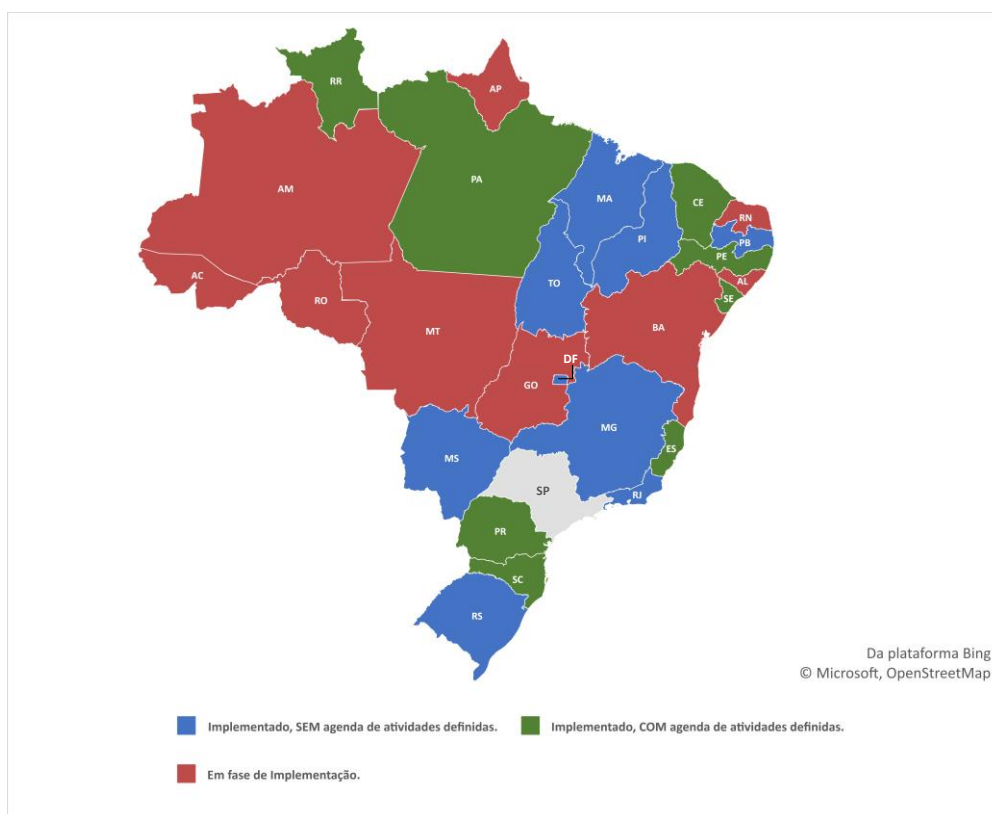
definidas. Além disso, observa-se que as regiões Centro-oeste, Nordeste e Norte apresentam espaços de investigação para a TV da sífilis em fase de implementação. Já as regiões Sudeste e Sul têm todos os seus espaços implementados, seja com agendas de atividades definidas ou não.

Outros estudos já demonstraram que esses espaços de investigação são dinâmicos e variados e que podem ser alterados de tempos em tempos (Kolling et al, 2016; UNICEF, 2020; Mareco, Lima, Santos e Horta, 2021).

Por outro lado, infere-se que a situação dos espaços investigativos mais uma vez pode estar correlacionada aos recursos físicos e estruturais, e de suas distribuições nas UF brasileiras. De acordo com Rodrigues-Filho (1987) os recursos para saúde, desde longa data, são acumulados nas áreas mais ricas do Brasil, notoriamente nas regiões Sudeste e Sul.

Figura 13. Situação do espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

N=26

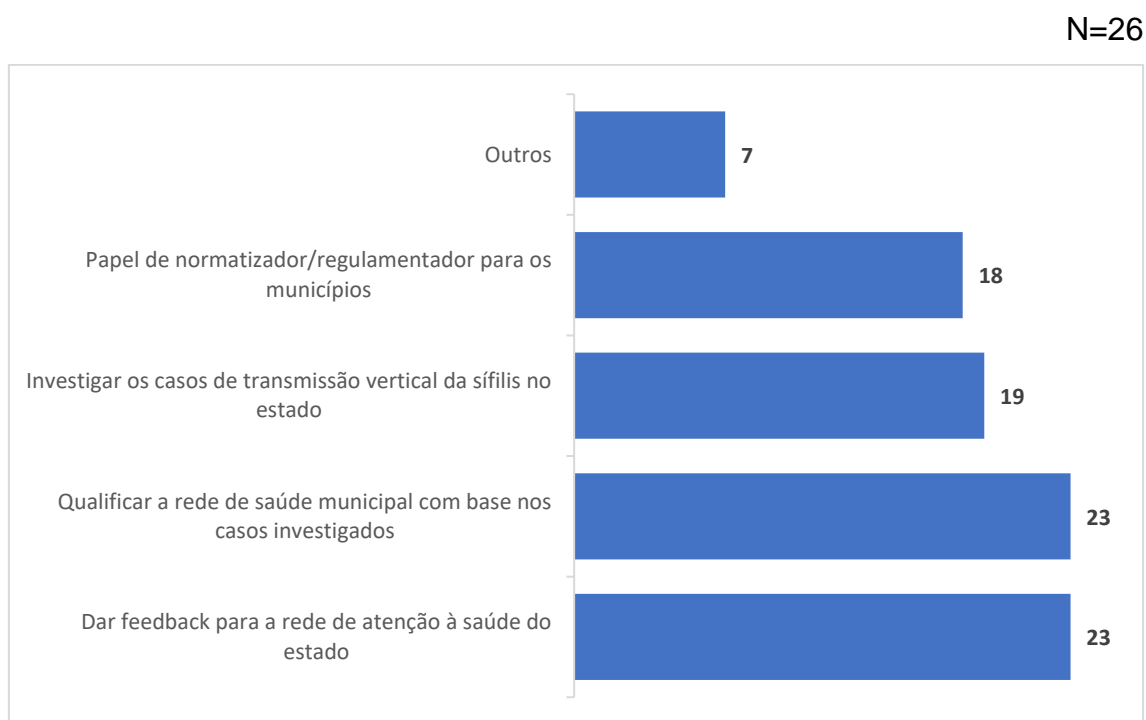


Fonte: Elaboração própria, 2022.

9.2. O PAPEL DOS CITV DA SÍFILIS NAS UNIDADES FEDERATIVAS BRASILEIRAS

Os Gráficos 11 e 12 apresentam as perspectivas dos informantes-chave sobre o papel dos espaços de investigação da TV da sífilis no Brasil e sua distribuição por região, respectivamente, com observação para uma resposta mais alinhada entre as regiões brasileiras (Gráfico 12), em que todas elas destacam o papel do espaço de investigação nas diferentes frentes descritas pelo Protocolo de Investigação do MS (2014), seja pelo seu papel de analisar os eventos e agravos evitáveis, apontar medidas de intervenção ou de qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

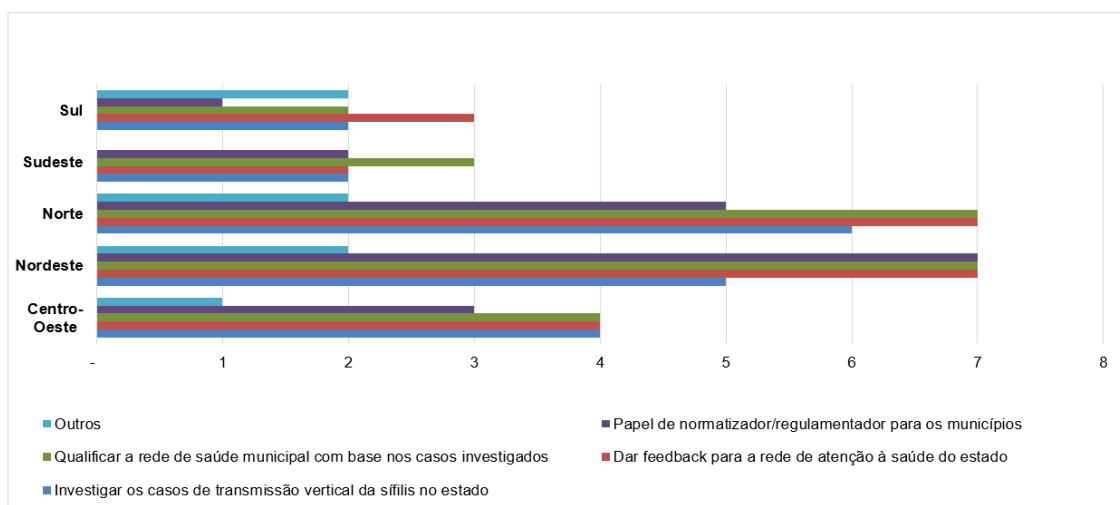
Gráfico 11. Papel do espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 12. Papel do espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os informantes-chave ratificam o papel dos espaços investigativos, sobretudo no que diz respeito a normatizar e regulamentar, colocando a responsabilidade da execução, ou da gestão dos casos totalmente para os municípios. Para os informantes-chave, o papel dos espaços investigativos é o de:

“Construir diretrizes e notas técnicas [que sejam] norteadoras para os municípios (E2 – Sul)”.

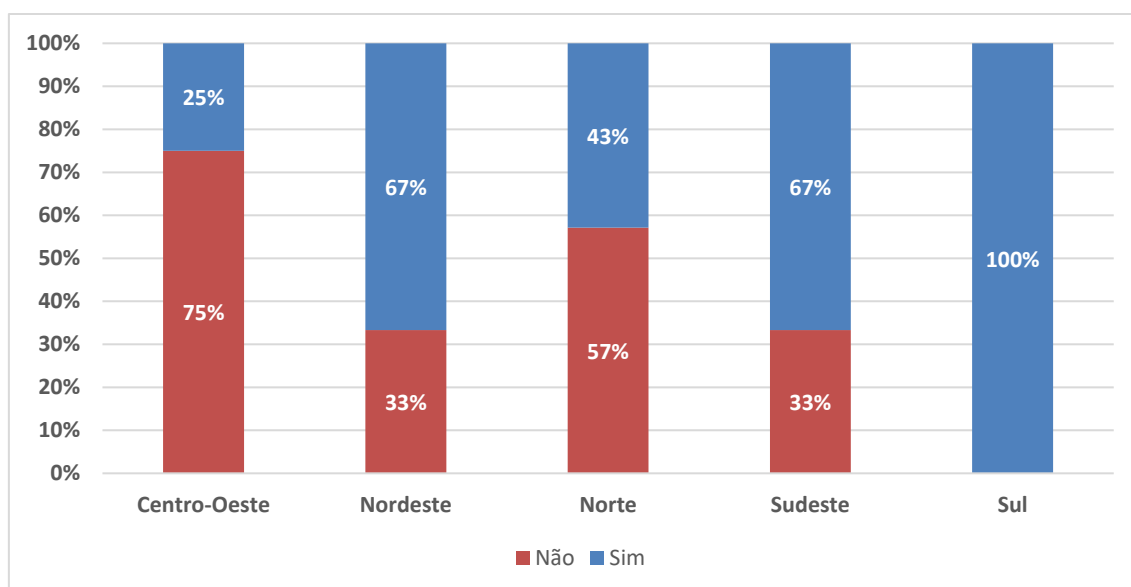
“Apoiar e estimular a organização de comitês nos territórios onde os indicadores demonstrarem piores taxas. Fornecer apoio técnico na investigação dos casos quando solicitado. Realizar capacitações para a vigilância e assistência quanto à prevenção da TV da sífilis e HIV (E8 – Sul)”.

Dois Estados pontuaram ainda o papel de integração da assistência e vigilância como parte das atividades desempenhadas pelo espaço de investigação da sífilis. O que vem sendo pontuado como estratégico pela OPAS. Para essa Organização, a integração intersetorial, sobretudo entre a VS e a APS é primordial para que sejam apontadas medidas de intervenção efetivas no território (OPAS, 2010).

Assim mesmo, 58% (15) das UF afirmam que seu espaço investigativo tem cumprido com seu papel, ao mesmo tempo em que 42% (11) dizem que não. No Gráfico 13 observa-se que apenas a região Sul tem 100% dos seus Estados com espaços investigativos cumprindo com o seu papel. Nas demais regiões observa-se que nem todos os espaços investigativos cumprem com o seu papel, sobretudo aqueles das regiões Centro-oeste e Norte.

Gráfico 13. Percentagem do cumprimento ou não do papel do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para os informantes-chave que afirmam que o espaço de investigação cumpre com o seu papel, alguns dos motivos já foram destacados anteriormente: por qualificarem a RAS, por investigarem os casos de TV da sífilis, porque potencializam a integração entre assistência e vigilância e por normatizar e regulamentar os fluxos da RAS. Além dessas descrições, convergindo com os achados no estudo de Borges (2016), outros pontos elencados pelos informantes-chave no cumprimento do papel pelos espaços investigativos são: realizar discussões dos casos com agenda de encontros periódicos, identificar os problemas e realizar intervenções.

Por outro lado, aqueles que responderam que o espaço de investigação não cumpre com o seu papel, relacionaram motivos como falta de recursos locais, sobretudo de pessoal, fato que dificulta a agenda de instauração e fortalecimento dos espaços investigativos. Para além disso, os informantes-chave ainda pontuaram outras razões, como o espaço ainda estar inoperante ou não ter sido implementado, ou mesmo que precisam de ações mais sistemáticas, ou a necessidade de estabelecer cooperação técnica junto aos municípios, como fatores que atrasam o cumprimento do papel dos espaços investigativos. Autores como Borges (2016), Kolling et al (2016), UNICEF (2020) e Rodrigues, Barreto e Mareco (2022) destacam a falta de recursos humanos como principal empecilho para o cumprimento do papel dos comitês.

10. DINÂMICAS DE ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO DOS ESPAÇOS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

10.1. ORGANIZAÇÃO

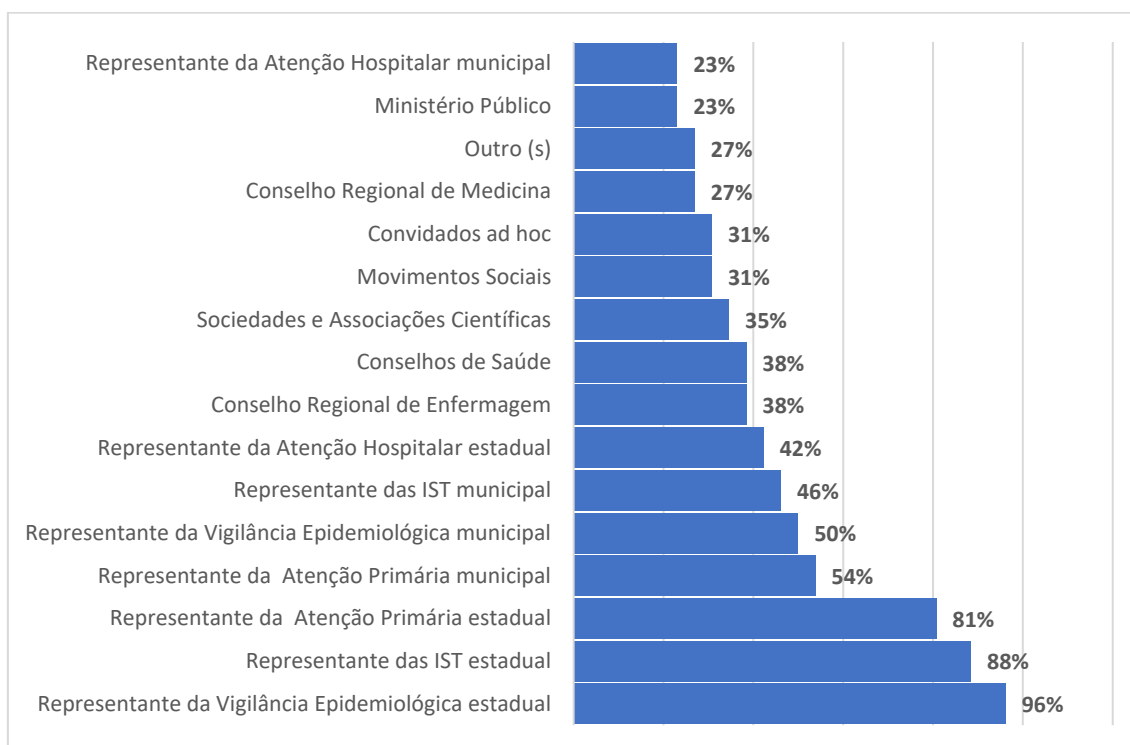
COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS NOS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS

No Gráfico 14, observa-se que em 96% (25) das UF participantes da pesquisa, ou seja, exceto na UF Tocantins, há representante da vigilância estadual, e, em 81% (21), exceto para Amazonas, Bahia, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Tocantins, há representantes da APS estadual. Nesse sentido, percebe-se que a composição de membros nos espaços investigativos converge com a exigência descrita pelo Protocolo de Investigação da TV do MS (2014), principalmente no tocante à participação de representantes da vigilância e da APS estadual.

Outro destaque é que em todas as regiões brasileiras há participação de um representante da área de infecções sexualmente transmissíveis (IST) estadual no espaço investigativo da UF, com um total de 88% (23), até mais que a representação da APS estadual (81%). Apenas um Estado do Sudeste (Rio de Janeiro), um do Norte (Roraima) e um do Nordeste (Sergipe) não apresentam membros da área de IST nos seus espaços investigativos.

Gráfico 14. Percentagem da composição dos membros que realizam a investigação da transmissão vertical da Sífilis, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Cabe mencionar que além dos membros identificados acima, em todas as regiões foram identificados outros atores territoriais que contribuem nas discussões dos casos (Quadro 10).

Quadro 10. Outros membros que compõem o espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

REGIÃO	ESTADO	OUTROS MEMBROS
Centro-Oeste	Goiás	Comissão do Óbito Infantil do estado
		Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen-GO)
		Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae – GO)
		Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
		Universidade Federal de Goiás (UFG)
Nordeste	Alagoas	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)
		Supervisão de Cuidados a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (SUMCA/SESAL)
		Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI – AL)

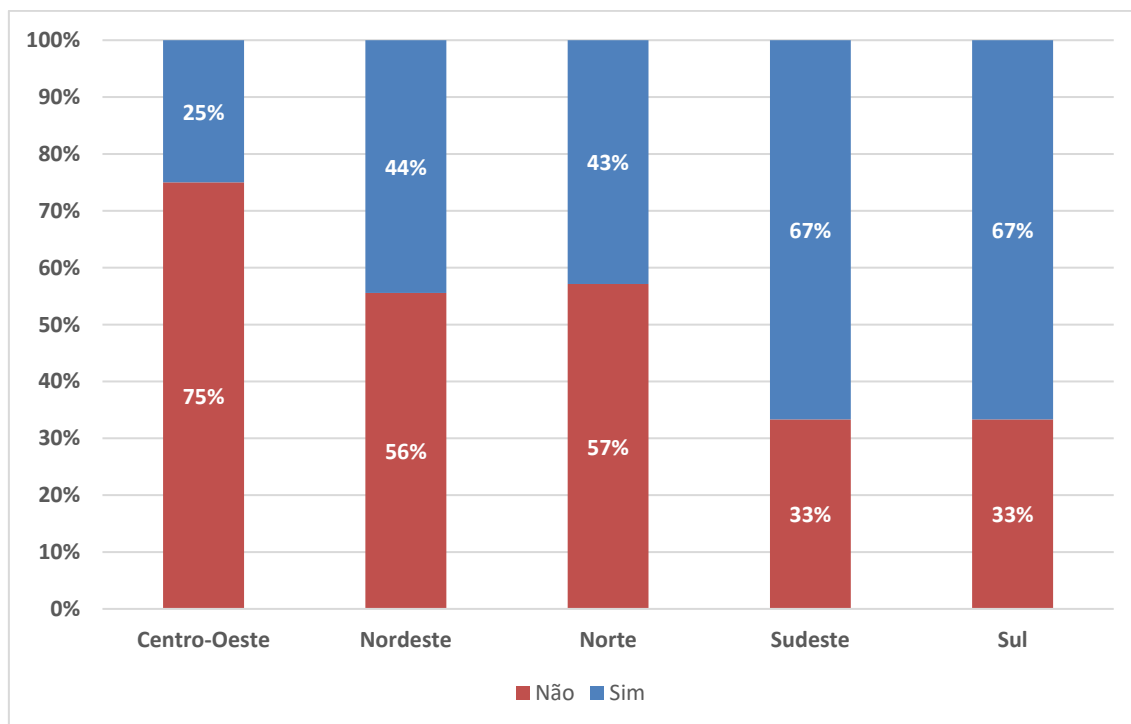
		Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social (SUPLAG – SESAU)
		Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas
	Piauí	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)
Norte	Pará	Sociedade Paraense de Pediatria
		Sindicato do Médicos do Pará
		Pastoral da Criança
		Coordenação Estadual de Saúde da Mulher
		Coordenação Estadual de Saúde da Criança
	Roraima	Conselho regional de Biologia
		Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR)
Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)		
Sul	Rio Grande do Sul	Comitês Municipais dos Municípios Prioritários do Estado
	Paraná	Representantes da Sociedade Paranaense de Pediatria
		Laboratório central de Saúde Pública (Lacen-PR)
		Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA)
		Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho (SEJUF)
		Secretaria de Estado da Educação (SEED)
		Vigilância Ambiental
		Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Cabe mencionar que durante a vigência do *Projeto Sífilis Não!* houve a possibilidade de participação dos pesquisadores do projeto que realizaram apoio institucional nos espaços de investigação. Identificou-se que em 46% (12) das UF o apoiador do Projeto participou como membro temporário, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, ambas 67% (2) de seus *Estados* contaram com esse apoio, seguido das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, respectivamente com 44% (4), 43% (3) e 25% (1) (Gráfico 15).

Gráfico 15. Percentagem da participação do apoiador do *Projeto Sífilis Não!* como membro do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis durante a vigência do apoio territorial do Projeto, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

De acordo com Rocha et al (2022) os apoiadores territoriais do *Projeto Sífilis Não!* foram fundamentais para o fortalecimento da política de sífilis nos territórios brasileiros, sobretudo para a agenda da sífilis congênita, e, ratificando o que os autores trazem, cabe mencionar que o dado foi ratificado nesta pesquisa doutoral.

MOBILIDADE DOS MEMBROS DO ESPAÇO INVESTIGATIVO

Das 26 UF brasileiras, 54% (14) afirmam que não há fluxo definido para a entrada e saída dos membros. De forma regional, no Gráfico 16 podemos perceber que para todas as regiões brasileiras, exceto a região Sudeste, 50% dos Estados das regiões ou mais afirmam tal dado.

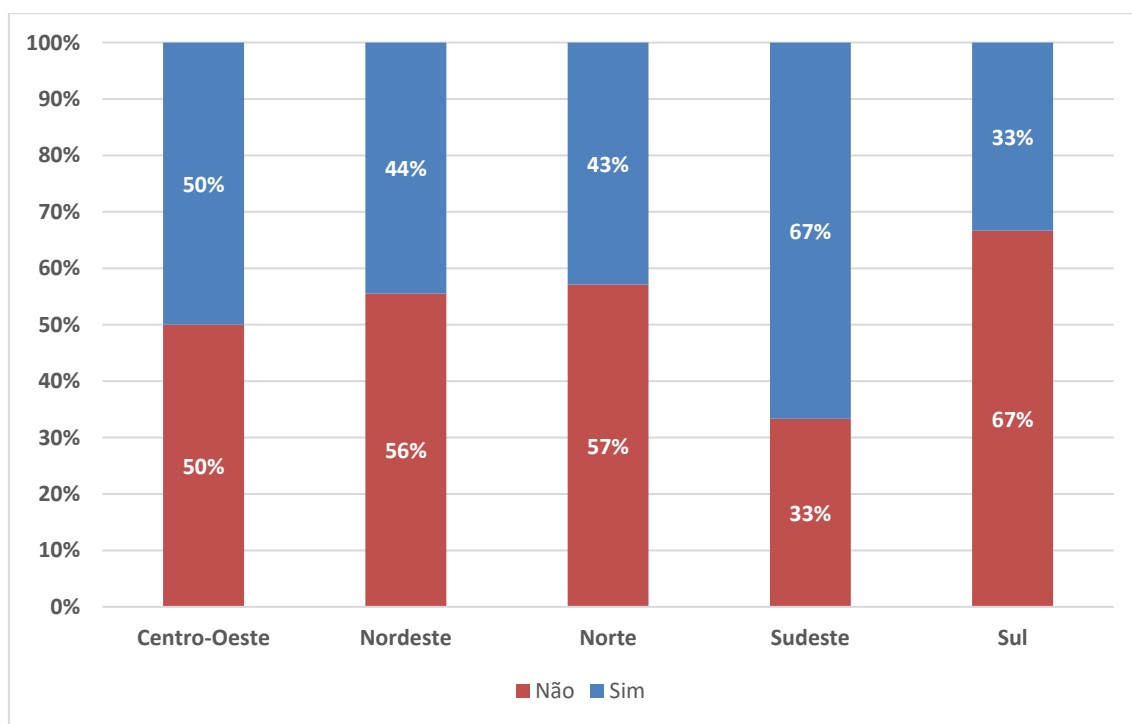
Portanto, se não há um fluxo para entrada e saída dos membros, a sustentabilidade e continuidade dos espaços investigativos torna-se um desafio

ainda maior, pois com a ausência subsequente de membros e sem processo estabelecido para reposição, o espaço pode tornar-se vazio de componentes e conseqüentemente insustentável a sua continuidade.

Destarte, Borges (2016) destaca que para realizar as investigações dos casos de TV da sífilis nos territórios é necessário existir um fluxo de reposição dos seus membros para a sustentabilidade do espaço investigativo.

Gráfico 16. Percentagem da existência de fluxo de processos para entrada e saída dos membros do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para aquelas 46% (12) das UF que afirmam haver fluxo de entrada e saída dos membros do espaço de investigação do território, foi pontuado pelos informantes-chave que o controle do fluxo é dado tanto por meio de atas de frequência de reuniões, ou pela própria Coordenação da área em que irá ter a substituição do membro. Para o primeiro ponto, quando o componente do espaço de investigação atinge o número máximo de faltas, o próprio espaço de investigação convoca o suplente. Já quando há troca de componentes do

Estado, por exemplo, exoneração do cargo, a Coordenação da área em que houve tal situação é responsável por indicar o profissional a ser substituído.

Nas citações abaixo é possível observar alguns exemplos de como se dá a mobilidade de membros nos espaços investigativos.

“As reuniões são mensais, a cada 4 faltas intercaladas durante 1 ano ou 2 faltas consecutivas, o membro será afastado, podendo comparecer o suplente ou titular, onde será notificado o órgão, e fica por conta do interesse do mesmo em mandar outros representantes (E7 – Centro-Oeste)”.

“De acordo com a portaria de implantação do CITV são as instituições que compõem o CITV e, portanto, são responsáveis por indicar ao Comitê, via ofício, o representante e seus substitutos (E19 – Sudeste)”.

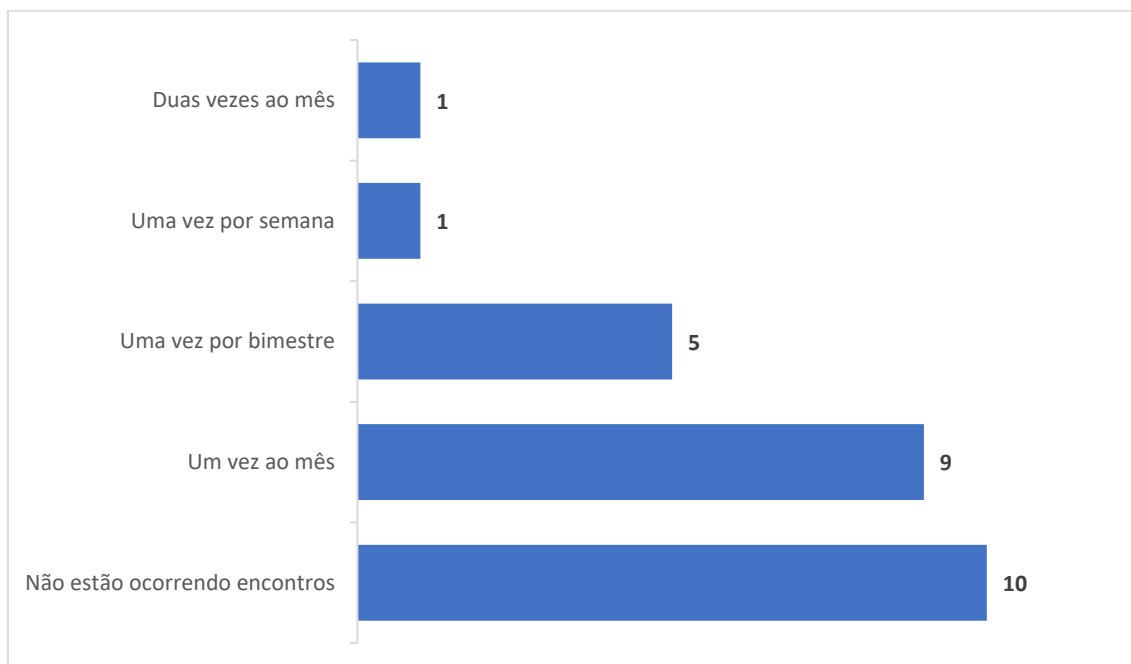
“Considerando o regimento do Comitê, após a exoneração do cargo, o profissional substituto, é convocado para fazer parte como membro do Comitê (E23 – Nordeste)”.

AGENDAS

Os Gráficos 17 e 18 apresentam a periodicidade da realização das agendas de encontros pelos espaços investigativos. Nesse aspecto, 62% (16) das UF responderam que realizam encontros periódicos, seja uma vez ao mês – 35% (9), uma vez por bimestre – 19% (5), uma vez por semana – 4% (1) ou duas vezes ao mês – 4% (1), e, 38% (10) responderam que não estão ocorrendo encontros.

Gráfico 17. Periodicidade das agendas do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

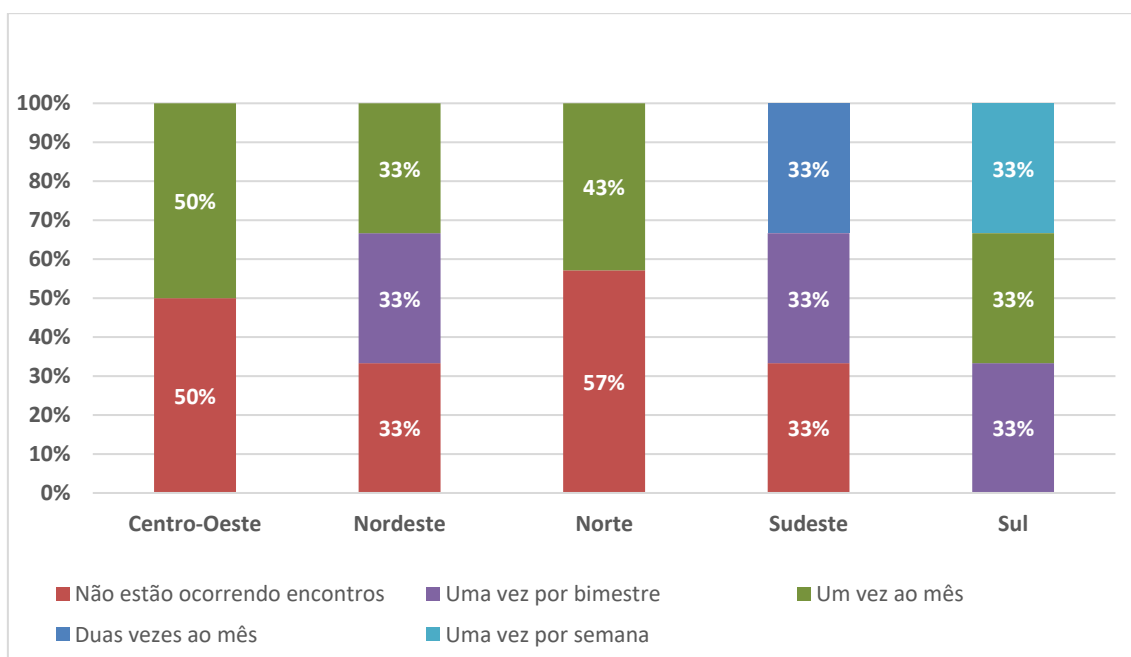
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 18. Percentagem da periodicidade das agendas do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

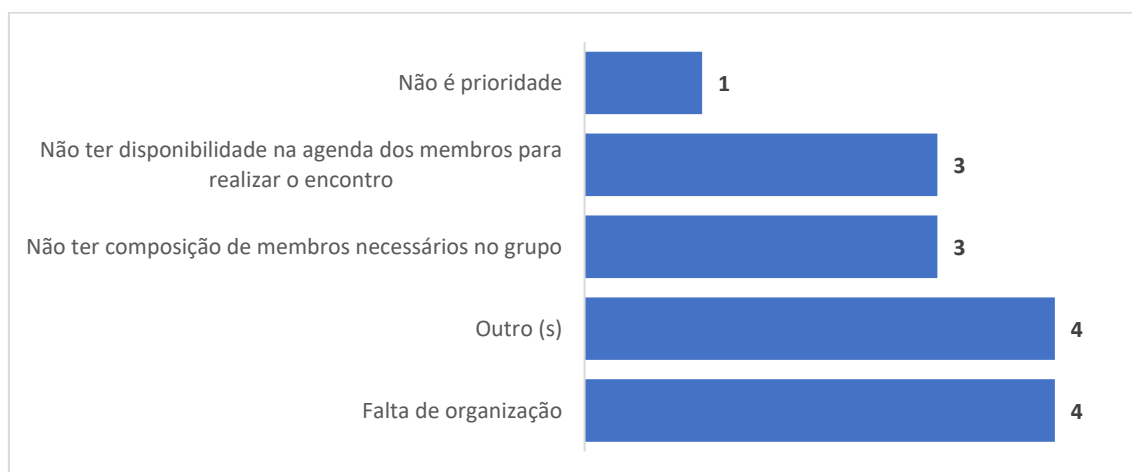
A região Sul é a única do país em que todos os espaços investigativos estaduais têm realizado encontros periódicos. Por outro lado, as regiões Centro-Oeste e Norte têm respectivamente, 50% (2) e 57% (4) das suas UF em situação inversa, ou seja, não estão ocorrendo encontros do espaço investigativo. Já nas regiões Nordeste e Sudeste, 33% das UF de ambas regiões, não estão realizando encontros dos seus espaços investigativos, respectivamente, 3 Estados da região Nordeste e 1 da região Sudeste.

O Gráfico 19 apresenta as razões elencadas pelos informantes-chave para a não ocorrência de reuniões em suas UF, um total de 10 (38%). São elas: falta de organização, não ser uma prioridade a pauta da investigação no Estado, não ter composição de membros necessários no grupo ou não ter disponibilidade na agenda dos membros para realizar o encontro. As duas últimas razões reafirmam a perspectiva de Kolling (2016), Borges (2016) e UNICEF (2020), sobre os recursos humanos serem fundamentais para a implementação e sustentabilidade do espaço investigativo.

Alguns informantes-chave afirmaram ainda que os espaços de investigação não estão realizando reuniões devido à pandemia, ou por mudanças na coordenação estadual, ou, no caso do Mato Grosso do Sul, em razão do comitê estar inoperante no momento.

Gráfico 19. Razões dadas para a não realização das agendas periódicas dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

N=10



Fonte: Elaboração própria, 2022.

10.2. PROCESSO DE TRABALHO

No Quadro 11 verifica-se que 73% (19) das UF afirmam ter protocolos com processos definidos e que são rotineiramente seguidos pelo espaço investigativo local. Apenas 27% (7) informam que não há protocolo para esta finalidade. Vale destacar que dentre as regiões brasileiras, apenas a Sudeste afirma que há uso de um protocolo em 100% dos seus Estados. Aqui, mais uma vez, observa-se o potencial da região Sudeste no desenvolvimento das agendas públicas de saúde para a resposta à sífilis. Nessa mesma linha, 2 dos 3 Estados da região Sul também pontuam ter protocolo definido. Destaca-se ainda o Rio Grande do Sul, um dos pioneiros na implementação do CITV no Brasil, implementado desde 2013, antes mesmo da publicação do Protocolo de Investigação da TV do MS (Borges, 2016).

Quadro 11. Existência de protocolo de transmissão vertical da Sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26

REGIÃO	NÃO	SIM
Centro-Oeste	1	3
Nordeste	3	6
Norte	2	5
Sudeste		3
Sul	1	2
Total Geral	7	19

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Quanto ao protocolo utilizado, 16 das 19 UF do Quadro 11 informam utilizar o Protocolo de Investigação da TV do MS (2014).

Os Estados Pernambuco e Piauí sinalizaram que utilizam outros protocolos, para além das diretrizes do MS: a Portaria Estadual de implementação do CITV do seu Estado e o Guia de Certificação da eliminação da TV da sífilis, respectivamente, sendo este último lançado pelo MS em outubro de 2021 (Brasil, 2021). Já os Estados da Paraíba, Rondônia e o Distrito Federal não referem o Protocolo do MS como documento norteador para o processo investigativo. No entanto, ao descreverem sobre o protocolo utilizado pelo Estado, percebeu-se

que vai ao encontro do que está indicado no referido Protocolo do MS (2014), principalmente pelo motivo de seus protocolos promoverem a discussão e análise de casos de TV da sífilis no território.

Para aqueles Estados que afirmam não ter protocolo com processos definidos, 27% (7), os motivos foram: o espaço investigativo estar inoperante, logo não tem utilização de protocolo algum; o protocolo ser utilizado apenas pelos municípios do Estado; ou por não ter elaborado um protocolo próprio. Esse último motivo, que é relatado por um dos Estados da região Norte, chama a atenção, na medida em que tal Estado poderia utilizar o documento orientador que foi elaborado pelo MS.

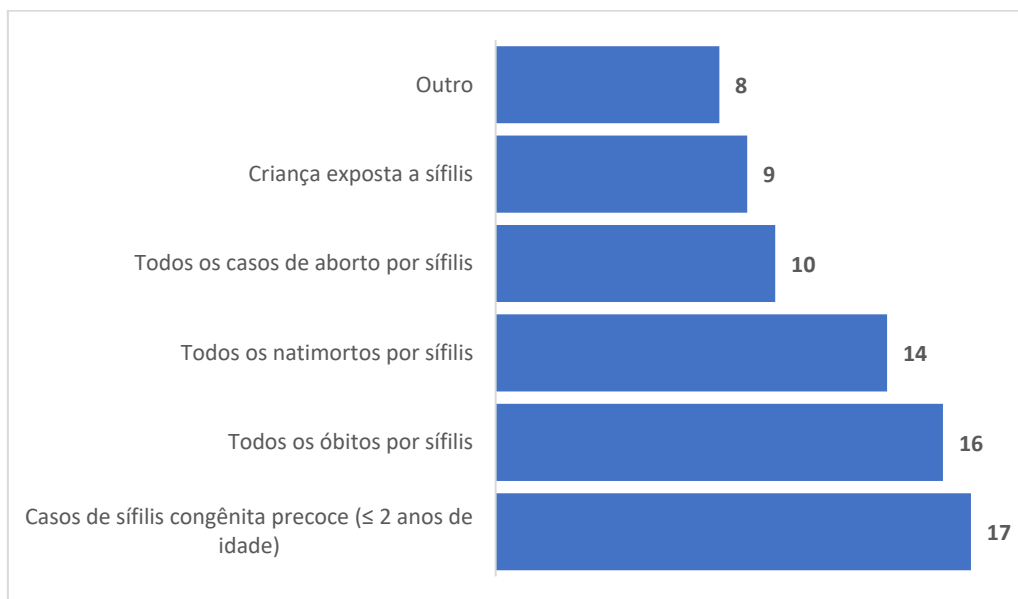
Hegenberg (1998), Santos (2016), Ramos (2012a) e Ennes, Ramos & Suárez (2018) ponderam em seus estudos que os territórios têm necessidades diversas e específicas e que estas são atreladas às suas questões sociais e inter e multiculturais. Dessa perspectiva, pode-se entender que aquele Estado que não utiliza o protocolo do MS não o faz, por entender que tal documento não é adequado à realidade local. Ao mesmo tempo, essa não utilização pode ser atribuída à falta de treinamento para o uso do Protocolo do MS, conseqüentemente o seu desconhecimento. Motivo esse relatado pela UNICEF (2020).

TIPOS DE CASOS INVESTIGADOS PELOS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS

Os Gráficos 20 e 21 apresentam os tipos de casos que são investigados pelas UF brasileiras e por região, respectivamente. Neles é possível observar qual o ponto de partida para a gestão dos casos de sífilis congênita no território. Chamam a atenção de que apenas 9 UF investigam os casos de crianças expostas à sífilis, e nenhuma delas faz parte da região norte. Ou seja, nessa região não há investigação de casos de crianças exposta à sífilis.

Gráfico 20. Casos investigados pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

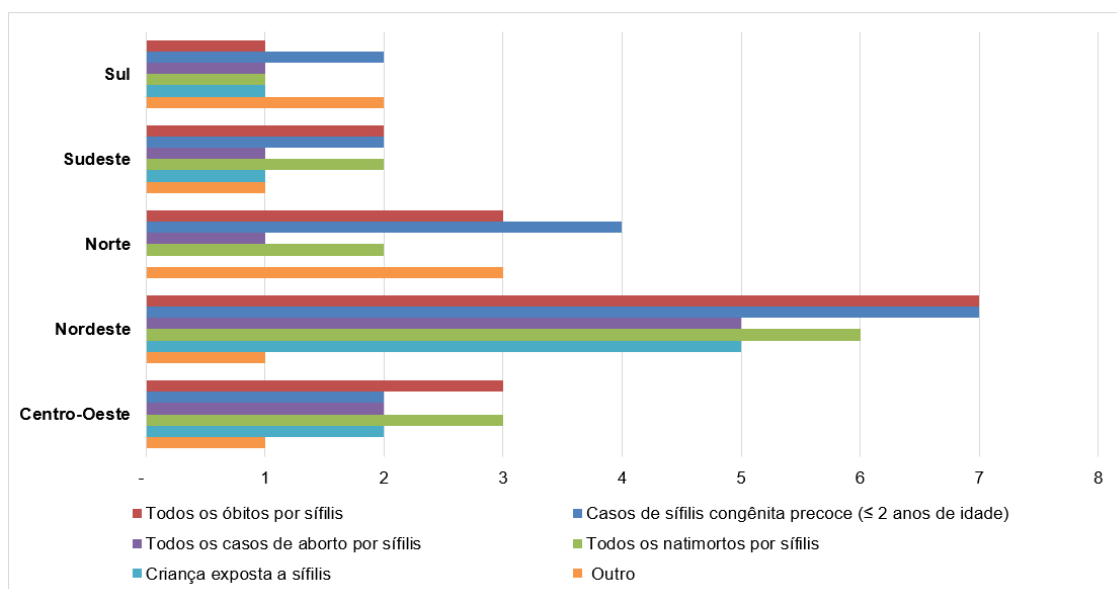
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 21. Casos investigados pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Dos 31% (8) que marcaram o item 'outros' apresentado no Gráfico 20, o informante-chave de Alagoas foi o único que sinalizou investigar um tipo de caso que não é mencionado no Protocolo do MS (2014). Em Alagoas são também investigados os casos de sífilis gestacional, pela área técnica da saúde da mulher da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em articulação com a APS da secretaria de saúde do município.

Os outros 7 Estados que marcaram o item 'outro', fizeram-no por motivos institucionais, como sejam: Mato Grosso do Sul sinalizou que o espaço investigativo do Estado está inoperante e o Amapá informou que ainda não incorporou a temática da sífilis no espaço investigativo. Santa Catarina marcou o item 'outro' para informar que o espaço estadual não investiga os casos, e sim que apoia os comitês regionais e municipais no seu funcionamento, a partir da revisão de casos que já foram investigados, e, apenas quando é solicitado. Ou seja, é um Estado em que o espaço investigativo é apenas regulamentador e normatizador.

Já no Paraná, além de exercer o papel normatizador, regulamentador e de apoio para os municípios e regiões de saúde, o espaço investigativo também atua como investigador de casos, especialmente aqueles que os municípios não conseguiram concluir.

No Rio de Janeiro, os únicos casos investigados pelo Estado são os de óbitos, e estes são escolhidos nos municípios que apresentam maior taxa de mortalidade. Caso semelhante ocorre em Rondônia, onde é sinalizado pelo informante-chave que os casos investigados são dos óbitos apontados pela vigilância do óbito ou pela atenção à saúde da criança.

Por fim, o informante-chave do Pará sinaliza que realiza a investigação de outros casos de TV que não a sífilis, exemplo, toxoplasmose, hepatite, HIV e potenciais casos que levem a mortalidade materno e infantil, independentemente de ser sífilis.

Os dados mostram que há critérios específicos em cada Estado, com priorização distinta para a realização da investigação. Pode-se observar as razões para esse

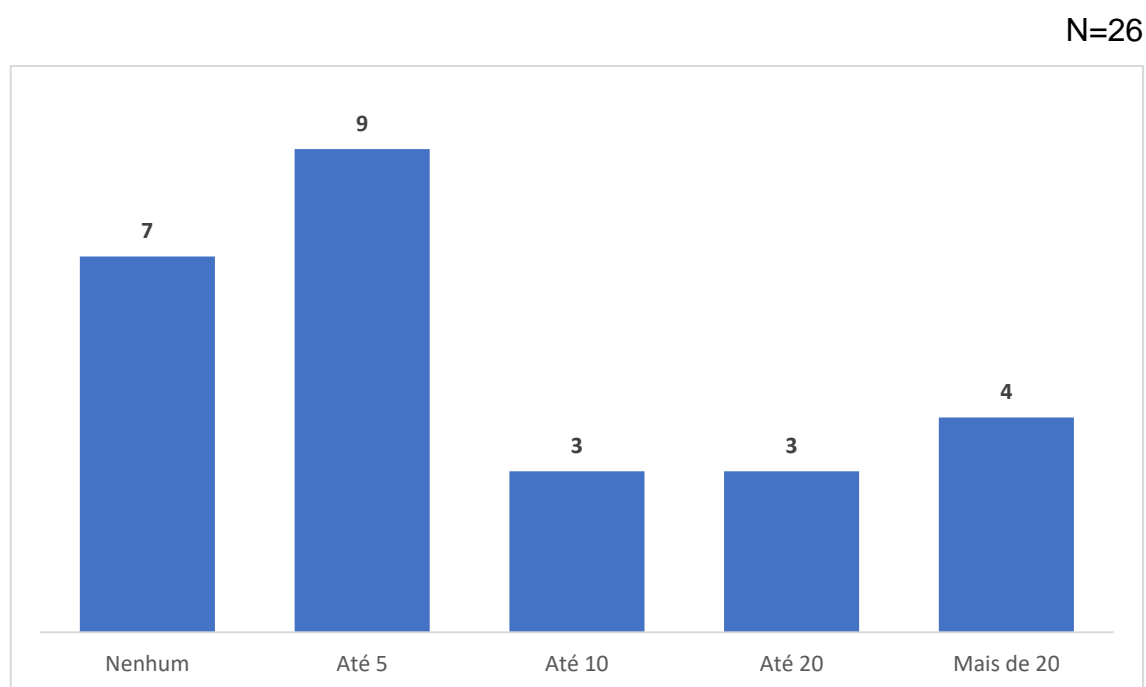
dado em duas frentes: a primeira é que os Estados não incorporam a prática da investigação, portanto, não fazem a gestão de casos por ser inviável para o território; a segunda, converge com Ramos (2008a), Antunes (2010), Bäckström (2010), Martin, Goldberg e Silveira (2018) e Hoefel, Severoe e Washington (2019) as dimensões multi e interculturais refletem no processo das agendas públicas, sobretudo naquelas das IST. Nesse sentido as práticas investigativas podem ser distintas considerando as singularidades locais e as suas necessidades.

NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS PELOS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS

Embora os informantes-chave tenham sinalizado que investigam todos os casos relacionados à sífilis, quando se analisa o número de casos investigados pelo espaço investigativo percebe-se que tal número é inferior ao total de casos de sífilis nas UF, ou seja, há uma priorização.

Nos Gráficos 22 e 23 são apresentados o quantitativo de casos investigados pelas UF brasileiras e por região, respectivamente.

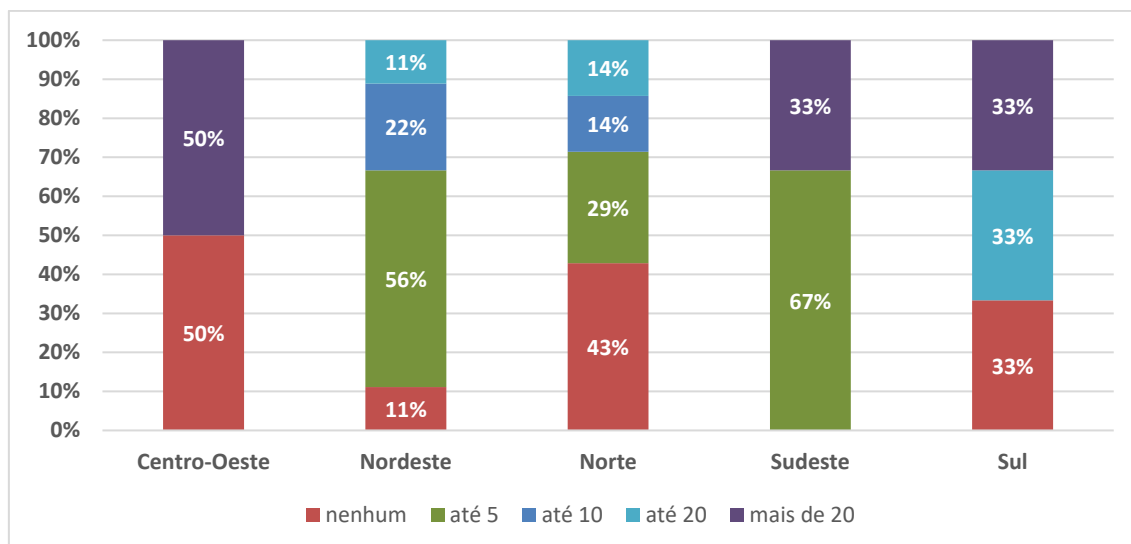
Gráfico 22. Casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 23. Percentagem de casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

A região Sudeste é a única em que todos os Estados sinalizam realizar investigações de casos de TV da sífilis. Já as regiões Centro-Oeste e Norte foram as que se destacaram pelo motivo da maior parte dos Estados não estar a realizar investigações (Gráfico 23).

As 7 UF que afirmam não investigar nenhum caso são: Alagoas, Amapá, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rondônia e Santa Catarina. Para alguns deles a não investigação de casos já era esperada em análises anteriores, pois Mato Grosso do Sul já havia referido que o espaço de investigação estadual está inoperante; o Amapá, que o espaço de investigação estadual não contempla a temática da sífilis; Alagoas e Mato Grosso já havia pontuado que não estão realizando encontros do espaço investigativo; e Santa Catarina havia sinalizado que o papel do seu espaço estadual é apoiar os município e revisar casos já investigados quando solicitados.

Por outro lado, os Estados do Pará e Rondônia informaram que o espaço estadual investiga, respectivamente, casos de óbito por sífilis e natimorto, com agenda de reunião periódica, ambos, uma vez por mês. Desse modo, esperava-

se que esses dois Estados realizassem investigações mensais, diferente do que foi encontrado.

Já os Estados do Amazonas, Acre, Bahia, Rio Grande do Norte e Tocantins, em dado anterior informaram que o espaço investigativo não tem realizado encontros, todavia, afirmam que realizam investigações mensalmente, respectivamente de até 10, 5, 10, 5 e 20 casos.

Portanto, ao analisar-se os dados regionais, percebeu-se que ter encontros formais ou não, nos espaços investigativos da sífilis, não impacta nas investigações dos casos, ou seja, há Estados em que há encontros periódicos e as investigações estão paradas; enquanto outros que não têm agendas periódicas estão realizando investigações. Seria necessário aprofundar quais são as razões dos encontros periódicos que não estão relacionados à investigação de casos.

Cabe ainda destacar, que mesmo a literatura científica afirmando que as políticas públicas de saúde são norteadas de forma equitativa, ou seja, pensadas para atender às diversas singularidades (UNESCO, 2009; Ramos, 2011; Gomes, 2012; Simão & Orellano, 2015), novamente, a região Sudeste teve destaque no desenvolvimento da agenda da investigação da TV da sífilis, seguindo o Protocolo de Investigação do MS (2014).

FEEDBACK DOS CASOS INVESTIGADOS PARA A RAS

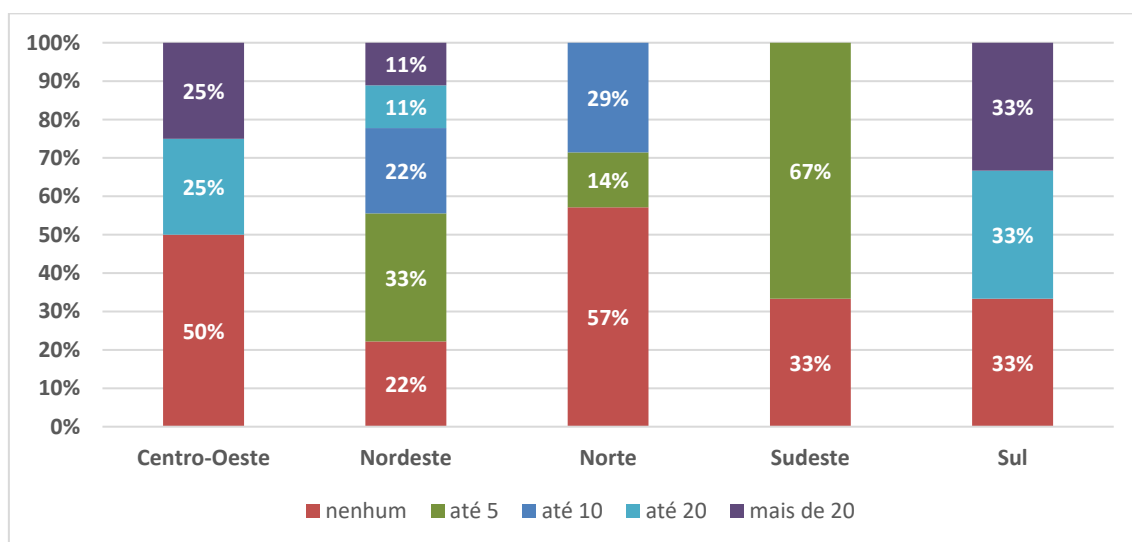
No Gráfico 24 percebe-se que as regiões Centro-Oeste e Norte são aquelas que menos dão *feedback* (retorno) dos casos investigados para a RAS, e, no Quadro 12, observa-se que para alguns Estados há divergência entre o número de casos investigados mensalmente e o número de *feedback* dado para a RAS, sendo eles: Espírito Santo, Tocantins, Piauí, Roraima e Pernambuco.

Espírito Santo e Tocantins informam que investigam mais de 20 casos de TV da sífilis mensalmente, no entanto, a UF Espírito Santo pontua que não realiza nenhum *feedback* mensalmente para a RAS, e Tocantins sinaliza que dá retorno de até 10 casos.

Piauí e Roraima informam realizar a investigação de até 5 casos de TV da sífilis mensalmente, mas que não há *feedback* de nenhum desses casos para a RAS mensalmente. Já Pernambuco comunica que realiza investigação de até 5 casos de TV da sífilis, e que dá retorno de mais de 20 casos para a RAS mensalmente. O que implica pensar que os dados de *feedback* de casos investigados são cumulativos, ou seja, podem ser devolvidos à RAS em meses posteriores.

Gráfico 24. Percentagem de *Feedback* dos casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis para a RAS, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Quadro 12. Número de casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis *versus* número de casos de sífilis investigados, em que houve *feedback* para a rede de atenção à saúde mensalmente, Brasil, 2022.

Nº	CASOS INVESTIGADOS	FEEDBACK PARA A RAS
Nenhum	7	10
Até 5	9	6
Até 10	3	4
Até 20	3	3
Mais de 20	4	3

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O retorno dos casos investigados para a RAS, ocorre de diversas formas, como foi identificado por Borges (2016) e pela UNICEF (2020), a principal sendo por e-mail. Atualmente, o *feedback* é realizado pelo contato com os municípios, em geral com as áreas de vigilância ou de IST, além de via e-mail, também pelo Sistema Eletrônico de Informações (SEI)²⁴, *WhatsApp* ou contato telefônico, diretamente com as referências técnicas dos municípios, ou por parecer técnico para a regional do município, ou nas agendas de encontros sobre TV realizadas junto aos municípios. A seguir, apresentam-se alguns relatos:

“Faz contato direto com municípios, em geral com a área da Vigilância ou IST (E2 – Sul)”.

“Caso haja falha na RAS e que venha comprometer o cenário situacional da sífilis, o setor responsável é comunicado (E4 – Nordeste).”

“Via SEI e SINAN (E15 – Centro-Oeste)”.

“Nas reuniões mensais do comitê, sempre na primeira quinta-feira de cada mês (E20 – Norte).”

“Na maioria das vezes é feito pela Regional de Saúde com os Municípios, mas quando necessário o Comitê Estadual reúne com representantes de serviços de saúde dos Municípios, onde se discute o caso e orienta-se a reavaliação da conduta ou estratégia (E24 – Sudeste).”

“Emitimos um parecer técnico (E26 – Nordeste)”.

Segundo Albuquerque, Cesse, Samico, Felisberto, Frias & Silva (2021) para que haja qualificação na RAS é necessário haver interlocução com os diversos atores territoriais, sendo a oportunidade do *feedback* dos casos investigados um desses momentos. Entretanto, quando observamos o número de casos investigados versus o número de casos em que há *feedback* para a RAS, esse dado não é compatível (Quadro 12). Há mais casos investigados do que o *feedback* dado

²⁴ Ferramenta desenvolvida pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4), é uma ferramenta para gestão de documentos e processos eletrônicos, com objetivo de promover a eficiência administrativa (Brasil, 2022).

para a RAS, o que fragiliza um dos papéis dos CITV, que é o de qualificação da RAS a partir dos desfechos encontrados nos casos investigados. Faz-se necessário a indução e fomento da divulgação dos casos investigados para a RAS. Uma sugestão de estratégia é a realização de ações de educação permanente que discuta a importância deste objetivo e atividade.

10.3. IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DOS CITV

10.3.1. FACILIDADES

No Quadro 13 pode-se observar que as facilidades na implementação e sustentabilidade dos espaços que realizam a investigação da sífilis nas UF estão associadas aos temas: apoio, comunicação, recursos processuais e estruturais e educação permanente.

APOIO

Nos relatos abaixo é perceptível que as UF reafirmam o comprometimento da gestão e dos técnicos dos Estados como uma facilidade no processo de implementação e sustentabilidade dos espaços de investigação da sífilis, seja por existir coordenações ou técnicos de referência específicos para cada agravo, ou pela articulação entre as áreas intervenientes:

"A existência de coordenações específicas no estado para cada uma das situações (sífilis, HIV e hepatites) (E5 - Norte)."

"Existência de técnicos de referência para a temática na Coordenação Estadual de IST (E2 - SUI)."

"Articulação entre as coordenações e gerências do programa estadual (E3 – Nordeste)."

Além disto, as regiões Centro-Oeste e Norte pontuam o apoio de outros parceiros, como exemplo, MS, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) como atores importantes nesse apoio:

“O estado ainda está em fase de implementação, mas até o momento pode-se observar facilidades encontradas no apoio do MS, da Secretaria Estadual e Municipal do estado, e uma boa adesão dos membros supracitados (E7 – Centro-Oeste).”

"Boa parceria com o COSEMS para divulgação e enfrentamento da temática, atualmente é pauta fixa na CIB (E5 - Norte)."

O *Projeto Sífilis Não!* também foi trazido como ponto de apoio na agenda dos espaços investigativos, sobretudo identificado pelas regiões Centro-Oeste e Nordeste por suas ações de indução da política de sífilis nos territórios: "*Projeto Sífilis Não!*: que na sua vigência levou a preocupação e introdução na agenda a necessidade de um espaço para investigação da TV (E25 – Centro- Oeste)."

Por fim, no quesito apoio, ter o apoio de outros espaços investigativos como modelo, também foi pontuado como fator que facilita a implementação e a sustentabilidade do espaço investigativo local. A região Sul traz essa mesma questão como facilidade encontrada: "Ter a experiência do Comitê da capital como modelo (E2 – Sul)."

Todos os pontos de apoio trazidos pelas regiões convergem com a literatura, seja por atores territoriais (Borges, 2016; UNICEF, 2020; Rodrigues, Barreto & Mareco, 2021), apoio do *Projeto Sífilis Não!* (Mareco, Lima, Santos & Horta, 2021; Pinto et al, 2022; Rocha et al, 2022), ou aquele dado por outros espaços investigativos já existentes (Borges, 2016; UNICEF, 2020).

COMUNICAÇÃO

Para a pauta de comunicação, percebemos que houve intersecção dessa afirmação para ambas as regiões brasileiras, como pode ser visualizado em alguns relatos abaixo, os informantes-chave afirmam que a comunicação

intersetorial é fator que facilita as agendas dos espaços investigativos, incluindo o compartilhamento de informações por rede informatizada:

“Comunicação intersetorial (E4 – Nordeste).”

“Pasta compartilhada que alimenta os dados das investigações (E15 – Centro-Oeste).”

Os dados corroboram com Lopes (2007), a qual sinaliza que na área da saúde a comunicação é uma ferramenta indutora da política pública. Nesse sentido, outras literaturas pontuam a comunicação como instrumento fundamental para criação de laços, confiança e o respeito pela alteridade e interculturalidade entre os pares (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000; Ramos, 2001; Ramos, 2004; UNESCO 2009; Deardorff, 2009; Ramos, 2009a; Ramos, 2011; Vicente & Ferreira, 2016). Fatores que podem ser fundamentais para o trabalho intersetorial contínuo.

RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIS

Não houve consenso das facilidades encontradas entre ambas as regiões brasileiras na temática recursos processuais e estruturais. Apenas as regiões Nordeste, Sul e Sudeste pontuam facilidades encontradas.

Como pode ser observado nos relatos abaixo a região Sul sinaliza como facilidade ter um grupo técnico para discutir a agenda desses espaços, e, a região Sudeste pontua como facilitador ter um local disponível para as reuniões dos espaços investigativos. Já a região Nordeste confirma os dois pontos citados como facilitadores para a sua região:

"O apoio do Grupo Técnico estadual em IST com foco na sífilis criado em 2017 (E16 - Sul).”

"Estrutura física e de equipamentos existente na Secretaria Estadual de Saúde (SES), como salas para reunião presencial e *on-line* equipadas com aparelhos

para realização de vídeo conferências e computadores para todos os servidores. (E24 - Sudeste)."

A região Sudeste também aborda a formalização do plano estadual para enfrentamento da sífilis no Estado como um facilitador para a agenda dos espaços investigativos: "A elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento à Sífilis vigente desde 2017 como política de governo (E19 - Sudeste)".

Todos esses pontos convergem com a literatura científica. O último ponto corrobora com Borges (2016), onde a autora frisa que a normatização processual do espaço investigativo é potencializador para instauração e funcionamento do espaço investigativo. Já os demais pontos trazidos alinham-se com a pesquisa da Unicef (2020), sobretudo ter um grupo técnico e espaço disponível para realização dos encontros.

Cabe ainda mencionar, que a região Sul destaca o respeito às especificidades locais para o desenvolvimento de ações no território: "Desenvolvimento de ações de prevenção da TV mais próximas da realidade dos territórios (E8 - Sul)." Esse ponto, converge com Ramos (2004, 2008a, 2009a, 2012a, 2017), Cronemberger (2015) e Santos (2016). Os autores afirmando que o conhecimento e o respeito das diversidades e diferenças epistemológicas e seus significados face às sociedades plurais e interculturais do século XXI, são primordiais para o desenvolvimento das estratégias e políticas de saúde nos territórios.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Sobre as facilidades encontradas pelas regiões brasileiras no que tange à instauração e sustentabilidade dos espaços investigativos, as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste são as únicas que pontuam a realização de capacitações sobre o manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais de saúde, como exemplo, o relato do Sudeste: "Equipe com conhecimento técnico é o fator principal para a implementação (E19 - Sudeste)".

Destarte, para a temática educação permanente, entidades nacionais e internacionais, a exemplo do MS e da OPAS apontam essa pauta como

instrumento de fortalecimento dos sistemas de saúde (UNA-SUS/UFMA, 2015; Brasil, 2014; OPAS, 2017). Além disso, diversos teóricos desta área afirmam que quando os profissionais de saúde são capacitados e tomam conhecimento sobre a relevância do controle de um agravo de saúde para a população do seu território, as ações territoriais podem ocorrer de forma mais rápida e efetiva (Soares & Martins, 2006; Sortica, 2017; Batista, 2019; Nobrega, Alves, Queiroz & Oliveira, 2019; Andrade & Santos, 2020). No entanto, sobre a temática educação permanente não houve consenso das facilidades encontradas entre as regiões brasileiras.

Pelo olhar das dimensões culturais, aqui, vale registrar que Reis e Ramos (2017) ponderam que atuar no processo de intervenção e formação de outros profissionais requer conhecimento sobre as dimensões culturais para assertividade nas ações. Assim, compreende-se que ter profissionais com estas expertises pode ser fato positivo para as facilidades encontradas nos territórios.

Quadro 13. Maiores facilidades para a implementação e funcionamento permanente do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
APOIO	Comprometimento da gestão e técnicos do Estado.	Comprometimento da gestão e técnicos do Estado.	Comprometimento da gestão e técnicos do Estado.	Comprometimento da gestão e técnicos do Estado.	Comprometimento da gestão e técnicos do Estado.
	Apoio de parceiros (Ministério da Saúde, CIB e COSEM).	Apoio de parceiros (Ministério da Saúde, CIB e COSEM).			
	Projeto Sífilis Não!		Projeto Sífilis Não!		
				Experiência de outros Comitês como modelo.	
COMUNICAÇÃO	Comunicação intersetorial.	Comunicação intersetorial.	Comunicação intersetorial.	Comunicação intersetorial.	Comunicação intersetorial.
RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIS			Grupo técnico para discutir a implementação do espaço investigativo.	Grupo técnico para discutir a implementação do espaço investigativo.	
			Ter um local disponível para reunião do espaço investigativo.		Ter um local disponível para reunião do espaço investigativo.
					Plano Estadual de enfrentamento à sífilis.
				Respeito às especificidades locais.	
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realização de capacitações sobre manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais da saúde.		Realização de capacitações sobre manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais da saúde.		Realização de capacitações sobre manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais da saúde.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

10.3.2. DIFICULDADES

No Quadro 14 pode observar-se que as dificuldades na implementação e sustentabilidade dos espaços que realizam a investigação da sífilis nas UF estão associadas aos temas: apoio, recursos humanos, recursos processuais e estruturais, território e pandemia.

APOIO

Ao mesmo tempo em que a temática do apoio surgiu como um aspecto facilitador, aqui, há um contraponto. Todas as regiões brasileiras destacam a falta de apoio de gestores, trabalhadores e instituições parceiras na agenda dos espaços investigativos no território como fator que dificulta a implementação e a sustentabilidade desses espaços. Como exemplificação, um Estado do Nordeste afirma a falta de apoio até mesmo na resposta ao convite para compor o espaço investigativo local:

"Ausência de resposta ao convite de compor o CITV, por parte de instituições que são relevantes, a exemplo, Ministério Público e Conselhos de Classe profissional (E4 - Nordeste)."

Ratifica-se que esse dado converge com os estudos de Borges (2016) e da UNICEF (2020), os quais demonstram que a falta de apoio de atores estratégicos fragiliza a agenda dos espaços investigativos nos territórios.

RECURSOS HUMANOS

Todas as regiões brasileiras apresentaram a falta de recursos humanos como dificuldade encontrada para a agenda dos espaços investigativos, abaixo veremos alguns relatos com essa explicação:

"Insuficiência de recursos humanos ocasionando descontinuidade do serviço (E9 - Norte)."

"Falta de um técnico responsável para essa pauta (E14 - Nordeste)."

"Falta de recursos humanos disponíveis para compor os comitês nos territórios (E8 - Sul)."

Para esse ponto, dados similares foram encontrados nas pesquisas de Borges (2016), Kolling (2016), UNICEF (2020), Mareco, Lima, Santos e Horta (2021). Infere-se que a falta de recursos humanos nas diversas regiões é um fator relevante encontrado por esta pesquisa doutoral e outros estudos que abordam as dificuldades encontradas pelos espaços investigativos da TV da sífilis.

RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIS

Todas as regiões brasileiras pontuam a falta de integração intersetorial como fator que dificulta a agenda dos espaços investigativos, e os motivos são:

"Pouca participação de algumas entidades importantes como o CRM (E5 - Norte)."

"Dificuldade de articular a pauta com as políticas afins (E3 - Sul)."

Tratando-se das especificidades regionais na temática dos recursos processuais e estruturais as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste pontuam a falta de articulação e sistematização do processo de trabalho entre profissionais da RAS como um dos aspectos que dificulta a agenda dos espaços investigativos:

"Falta de articulação e de sistematização do processo de trabalho (E25 - Centro-Oeste)."

"Dificuldade em articular as agendas entre os diversos profissionais que compõem o comitê (E19 - Sudeste)."

"Falta de articulação com algumas maternidades (E12 - Nordeste)."

Somado a isso, a região Norte e Nordeste trazem a falta de publicação de documentos que normatize a instauração dos espaços investigativos como fator que também dificulta a agenda dos espaços investigativos:

"Dificuldade em elaborar portaria e publicar (ainda permanece) (E13 - Norte)."

Para esse último ponto, Borges (2016) confirma que a falta de normatização do espaço investigativo pode dificultar e fragilizar a sua implementação e funcionalidade.

TERRITÓRIO

As regiões Norte e Nordeste afirmam terem regiões com grande extensão territorial, o que dificulta o acesso à informação, tornando-se um dos desafios para a agenda dos espaços investigativos:

"Extensão territorial do estado dificulta o acesso à informação mais rápida (E5 - Norte)."

Para Simão e Orellano (2015) e Ribeiro (2019) o Brasil é um país diversificado também ao nível geográfico. Além disso, Albuquerque et al (2017), Viana, Lima, e Pedrana, Trad, Pereira, Torrenté e Mota (2018) frisam que há desigualdades regionais quanto aos aspectos estruturais do país. Nesse sentido, compreende-se que as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais, mesmo no que tange à extensão do território, podem ser fatores que corroboram ou não para a agenda dos espaços investigativos e a gestão de seus casos no território.

PANDEMIA

Os informantes-chave das regiões Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sudeste apontam que o cenário pandêmico afetou as agendas dos espaços investigativos

nos diversos territórios pelos motivos de não ser uma prioridade para o Estado e pela sobrecarga de trabalho dos profissionais:

"Falta de prioridade da gestão em instituir o CITV em decorrência do cenário pandêmico (E25 - Centro-Oeste)."

"Sobrecarga de trabalho em função da pandemia nos dois últimos anos (E9 - Norte)."

Giovanella et al (2021) destacam que a pandemia da COVID-10 fragilizou ações territoriais no enfrentamento de diversos agravos. No entanto, entre os relatos a região Sul é a única que não pontua a pandemia nas dificuldades encontradas pelos territórios, sendo necessário estudos mais aprofundados para identificar se nessa região realmente não houve impactos da pandemia na gestão dos casos de sífilis.

Quadro 14. Maiores dificuldades encontradas para a implementação e funcionamento permanente do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
APOIO	Falta de apoio dos gestores, trabalhadores e instituições parceiras.	Falta de apoio dos gestores, trabalhadores e instituições parceiras.	Falta de apoio dos gestores, trabalhadores e instituições parceiras.	Falta de apoio dos gestores, trabalhadores e instituições parceiras.	Falta de apoio dos gestores, trabalhadores e instituições parceiras.
RECURSOS HUMANOS	Falta de recursos humanos.	Falta de recursos humanos.	Falta de recursos humanos.	Falta de recursos humanos.	Falta de recursos humanos.
RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIS	Falta de integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Falta de integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Falta de integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Falta de integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Falta de integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.
		Dificuldade em reunir os membros do CITV.	Dificuldade em reunir os membros do CITV.	Dificuldade em reunir os membros do CITV.	
	Falta de articulação e sistematização do processo de trabalho.		Falta de articulação e sistematização do processo de trabalho.		Falta de articulação e sistematização do processo de trabalho.
		Falta de publicação de documento que normatize a instauração do espaço investigativo.	Falta de publicação de documento que normatize a instauração do espaço investigativo.		
TERRITÓRIO	Estados com território extenso.	Estados com território extenso.			
PANDEMIA	Cenário pandêmico afetou as agendas do território.	Cenário pandêmico afetou as agendas do território.	Cenário pandêmico afetou as agendas do território.		Cenário pandêmico afetou as agendas do território.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

10.3.3. CONTRIBUIÇÕES DOS INFORMANTES-CHAVE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS

A partir das experiências dos espaços investigativos, os informantes-chave trazem sugestões para os locais que estão iniciando o processo de implementação do seu espaço investigativo. Como pode ser visualizado no Quadro 15, as sugestões estão relacionadas às temáticas: apoio, recursos humanos, recursos processuais e estruturais e a educação permanente.

APOIO

Nas facilidades e dificuldade encontradas pelos espaços investigativos, já supramencionadas, na temática do apoio, ambas as regiões brasileiras, sinalizam o comprometimento da gestão e técnicos dos Estados e do Distrito Federal como aspecto facilitador, e ao mesmo tempo, a falta de apoio destes como fato que dificulta a implementação e sustentabilidade dos espaços investigativos. Corroborando com essas afirmações, encontramos que buscar o apoio dos gestores e trabalhadores fortalecerá o fomento da implementação dos espaços para aqueles que procuram iniciar o seu processo de implementação: "Incentivar os municípios que implementem seus próprios comitês com papéis definidos na organização (E18 - Sudeste)."

Por outro lado, as regiões Sul e Nordeste ratificam a experiência de outros espaços investigativos como modelo a ser seguido pelos espaços investigativos que serão instaurados: "Buscar apoio em comitês de investigação já existentes, bem como realizar pesquisa (E14 - Nordeste)."

O mesmo foi encontrado no estudo de Borges (2016), onde a autora sinaliza que o CITV estadual do Rio Grande do Sul tem com um dos seus papéis fomentar a instauração dos espaços investigativos municipais, reforçando o espaço estadual como responsável por normatizar e regulamentar a gestão de casos nos municípios, bem como o comitê de investigação do Rio Grande do Sul tornou-se exemplo para outros espaços investigativos que foram instaurados posteriormente.

RECURSOS HUMANOS

Na temática recursos humanos, ambas as regiões brasileiras, sinalizam para os locais que estão começando o seu processo de implementação do espaço investigativo: “Alocar profissionais qualificados e específicos para tal fim (E1 – Centro-Oeste).” Dado que confirma achados de outras pesquisas, as quais têm destacado que para sustentabilidade e realização das agendas dos espaços investigativos são necessários membros em sua composição, sobretudo que sejam qualificados na área (Borges, 2016; UNICEF, 2020; Mareco, Lima, Santos & Horta, 2021),

RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIS

Todas as regiões brasileiras sugerem a realização da integração intersetorial, principalmente da APS e VS como ponto fundamental a ser considerado pelos espaços investigativos, notoriamente no início da sua implementação, a exemplo o relato da região Centro-Oeste: "Realizar a integração da APS e a VS, pois um setor complementa o serviço do outro (...) (E7 - Centro-Oeste).".

Outra questão a destacar, é que embora entendamos que a realização de agendas de rotina pelo espaço investigativo seja necessária para a gestão dos casos de sífilis, a região Centro-Oeste é a única que não traz essa ponderação. Já sobre a importância de inserir a pauta da TV da sífilis em espaços estratégicos, como exemplo, na CIB e CIT: "Pautar sistematicamente na CIB e CIR a temática (E5 - Norte)", apenas as regiões Norte, Nordeste e Sudeste trazem tal ponderação.

Borges (2016) e a UNICEF (2020) também ponderam pautar a temática da TV em espaços estratégicos como potencializador dos espaços investigativos - pelo motivo dos espaços estratégicos serem disseminadores das agendas públicas nos territórios. Além disso, os autores apontam que a normatização do espaço investigativo sustenta o seguimento das suas atividades.

Corroborando com os autores acima, as regiões Nordeste e Sudeste também destacam a importância da normatização do espaço investigativo para seguimento das atividades propostas:

"Primeiro implementar comitê com papéis definidos e publicados (E1 - Sudeste)."

"Que siga o processo de trabalho conforme regimento estabelecido para o funcionamento do CITV (E4 - Nordeste)."

Já as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste destacam a importância da realização do monitoramento das investigações e discussões realizadas: "O comitê poderia avaliar e monitorar o diagnóstico e tratamento indicado nos casos de sífilis na gestante e congênita (...) (E20 - Norte)"; e, a região Centro-Oeste pontua a importância de realizar o matriciamento das equipes da APS para o fomento e indução das agendas dos espaços investigativos.

Para a questão trazida pela região Centro-oeste, Brasil (2003) e Santos, Castro e Rios-Grassi (2009) abordam que ter uma equipe organizada e matricial corrobora para a qualidade da assistência à população, notoriamente para a qualificação e organização do processo de trabalho associado à melhoria da assistência prestada à gestante e à criança, sobretudo para a gestão dos casos.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

As regiões Norte e Sudeste ratificam a pauta da educação permanente como sugestão para as UF que estão implementando os seus espaços investigativos a realizarem capacitação sobre manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais da saúde considerando a ação como potencializadora para a qualificação da gestão de casos nos territórios. Para tanto, a região Sudeste aponta algumas ações de educação permanente que também são praticadas pelas outras regiões brasileiras: "Realização de seminários estadual, nacional e internacional de políticas públicas para debater a TV (E19 - Sudeste).".

Quadro 15. Sugestões para um estado que está começando o processo de implementação do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
APOIO	Buscar apoio dos gestores e trabalhadores das áreas estaduais.	Buscar apoio dos gestores e trabalhadores das áreas estaduais.	Buscar apoio dos gestores e trabalhadores das áreas estaduais.	Buscar apoio dos gestores e trabalhadores das áreas estaduais.	Buscar apoio dos gestores e trabalhadores das áreas estaduais.
			Buscar apoio em comitês de investigação já existentes.	Buscar apoio em comitês de investigação já existentes.	
RECURSOS HUMANOS	Alocar profissionais qualificados no espaço investigativo.	Alocar profissionais qualificados no espaço investigativo.	Alocar profissionais qualificados no espaço investigativo.	Alocar profissionais qualificados no espaço investigativo.	Alocar profissionais qualificados no espaço investigativo.
RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIS	Realizar integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Realizar integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Realizar integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Realizar integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.	Realizar integração intersetorial. Exemplo: APS e VS.
		Definir as agendas periódicas do espaço investigativo.	Definir as agendas periódicas do espaço investigativo.	Definir as agendas periódicas do espaço investigativo.	Definir as agendas periódicas do espaço investigativo.
		Inserir a pauta da TV em espaços estratégicos. Exemplo: CIB e CIT.	Inserir a pauta da TV em espaços estratégicos. Exemplo: CIB e CIT.		Inserir a pauta da TV em espaços estratégicos. Exemplo: CIB e CIT.
			Normalizar o espaço investigativo.		Normalizar o espaço investigativo.
	Monitorar as investigações e discussões realizadas.	Monitorar as investigações e discussões realizadas.	Monitorar as investigações e discussões realizadas.		
	Realizar matriciamento das equipes da APS.				
EDUCAÇÃO PERMANENTE		Realizar capacitações sobre manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais da saúde.			Realizar capacitações sobre manejo clínico e vigilância da sífilis para os profissionais da saúde.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

OUTRAS SUGESTÕES

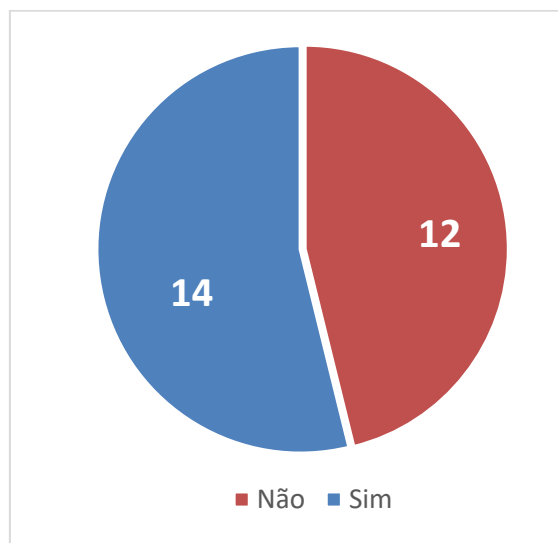
Ratificando a importância da troca de conhecimento junto a outros espaços investigativos, como sugestões que podem ser seguidas para os espaços investigativos que estão em processo de implementação ou até mesmo para fortalecimento daqueles que já estão implementados. Os informantes-chave pontuam as interações realizadas com outros espaços investigativos, com quem isso é feito, o que mudou após as interações, e, as contribuições do *Projeto Sífilis Não!* para esses movimentos.

No Gráfico 25 é possível observar que das 26 UF, 14 (54%) pontuam realizar troca de informações com outros espaços investigativos da sífilis. As regiões Sudeste e Sul tiveram destaque nessa troca de informações, onde 100% dos Estados das duas regiões afirmam interagir com representantes de outros espaços, ao contrário, nenhum Estado da região Centro-Oeste, onde nenhum estado realizou tal ação, enquanto os Estados da região Norte e Nordeste tiveram uma menor representatividade na troca de informações com os outros espaços investigativos (Gráfico 26). Sendo que a maior parte de todas as interações ocorrem junto a representantes das áreas de vigilância e IST estadual e municipal, e em menor número, respectivamente, com as áreas de APS estadual e municipal, e demais entidades (Gráfico 27).

Destarte, das 14 UF que referem realizar interações, a maior parte (10) sinalizam que o *Projeto Sífilis Não!* contribuiu de alguma forma para a interação realizada (Gráfico 28). Com destaque nas interações realizadas pelos Estados da região Sul, Sudeste e Nordeste (Gráfico 29). Em contraponto, nenhum Estado da região Norte sinaliza contribuição do *Projeto Sífilis Não!* nessa ação. No entanto, de acordo com o estudo de Mareco, Lima, Santos e Horta (2021) há contribuições do *Projeto Sífilis Não!*, especificamente para os espaços investigativos da região Norte. Desse modo, aqui infere-se que poderá ter havido equívoco na resposta do informante-chave desta pesquisa doutoral.

Gráfico 25. Realização de troca de informações com outros espaços investigativos, Brasil, 2022.

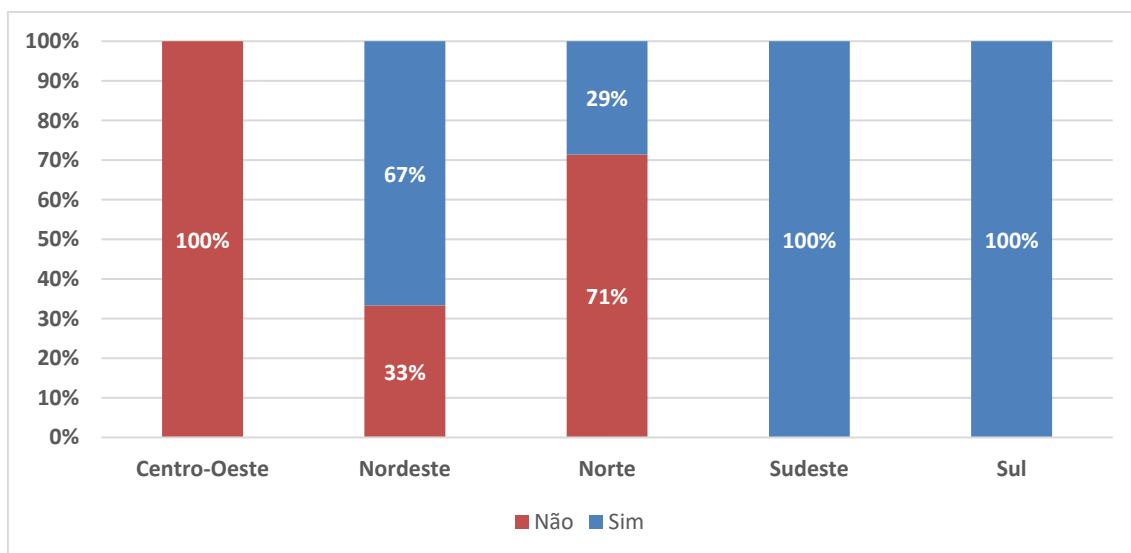
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 26. Percentagem da troca de informações com outros espaços investigativos, por região, Brasil, 2022.

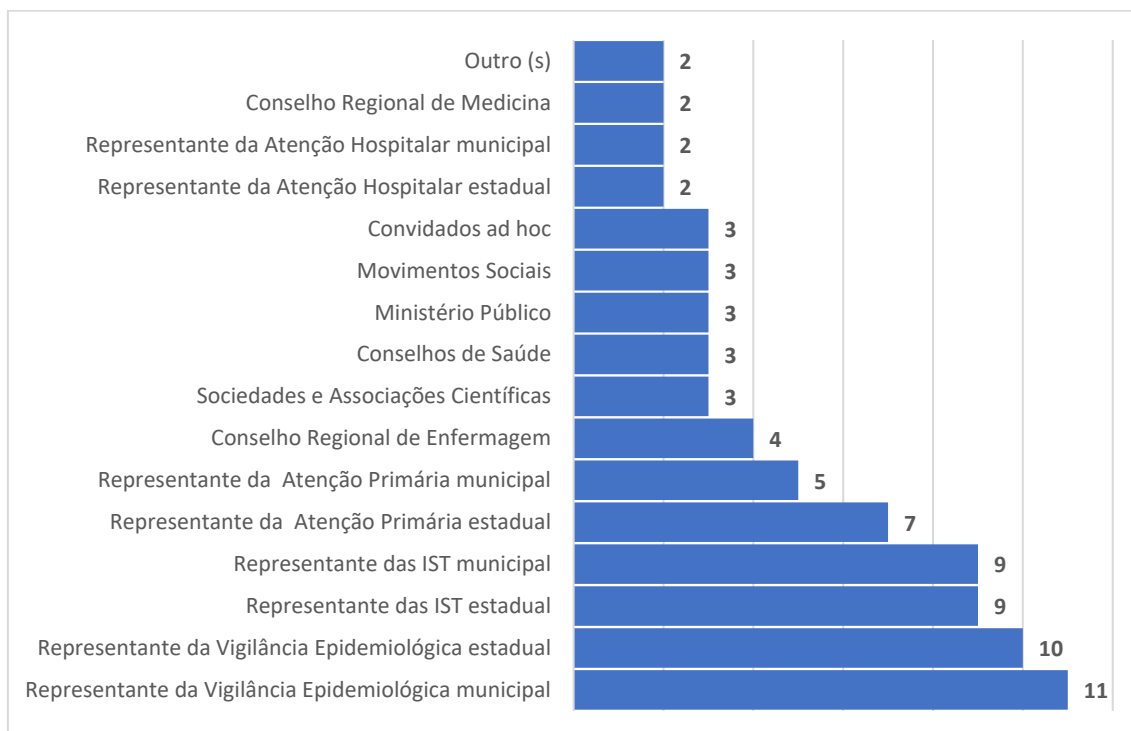
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 27. Membros que participam da troca de informações entre os espaços investigativos, Brasil, 2022.

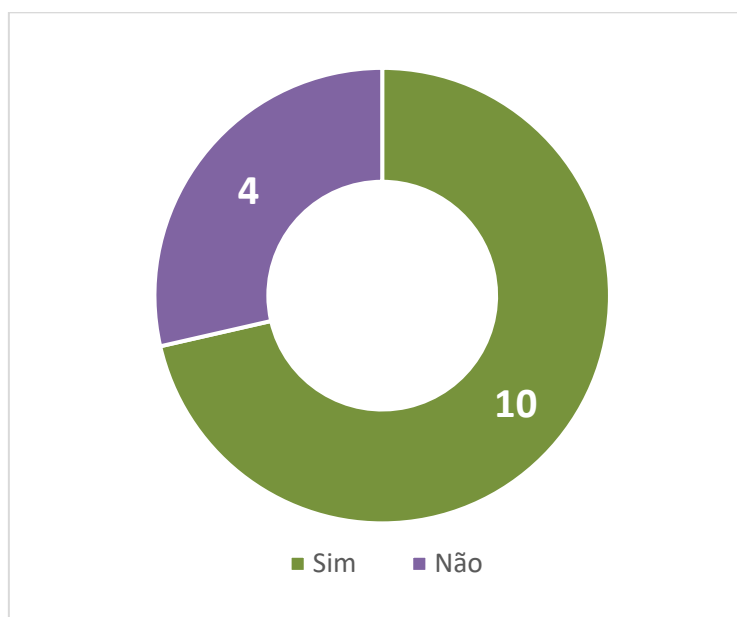
N=14



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 28. Contribuições do *Projeto Sífilis Não!* para interação junto a outros espaços investigativos, Brasil, 2022.

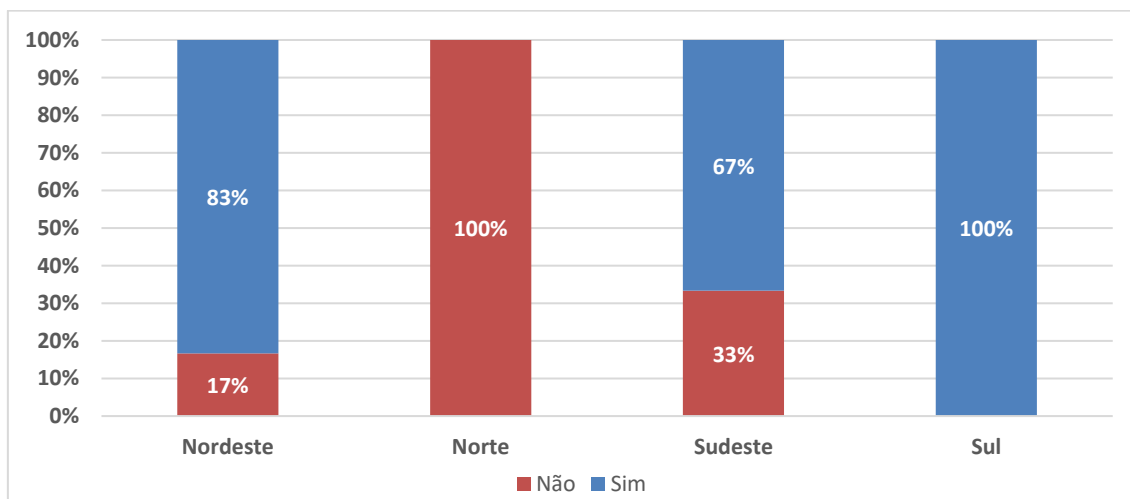
N=14



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 29. Percentagem da contribuição do *Projeto Sífilis Não!* para interação dos espaços investigativos, por região, Brasil, 2022.

N=14



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para aquelas 10 UF em que houve contribuição do *Projeto Sífilis Não!* na interação entre os espaços investigativos estaduais e municipais para a indução da política pública da agenda dos espaços investigativos da sífilis, os informantes-chave sinalizam que as contribuições do Projeto aconteceram de diversas formas, seja proporcionando a troca de experiência entre os Estados e municípios ou na articulação entre os municípios apoiados, o seu Estado e áreas intervenientes:

“O projeto tornou alguns processos mais dinâmicos e propiciou troca de experiências e informações mais precisas, principalmente entre estados e os municípios prioritários para o Projeto (E4 – Nordeste).”

“Articulação entre os municípios apoiados e o estado (E8 – Sul).”

“Propiciou a troca de conhecimentos e interações entre os coordenadores de IST do MS com coordenações estaduais (E16 – Sul).”

“As apoiadoras participaram de reuniões durante o período em que estiveram em atividade - realizando articulação com a Coordenação Estadual de IST,

Conselho Estadual de Saúde, COSEMS, secretarias municipais de saúde (SMS) e assessorias de comunicação da SES (E19 – Sudeste).”

“Nos permitiu trocas de vivência com vários colegas de estados vizinhos (E26 – Nordeste).”

Para Lima (2017), Rocha et al (2022) e Pinto et al (2022) os projetos em saúde pública são potencializadores para o fomento e indução das agendas públicas nos territórios, e nos relatos dos informantes-chave identificados acima fica claro a indução do *Projeto Sífilis Não!* para ações de comunicação e interações entre os espaços investigativos, que em consequência qualificam os processos de trabalho e induzem a política de saúde no território.

Nesse sentido, sobre as mudanças ocorridas após as interações, os principais apontamentos das UF foram direcionados para: o aumento da sensibilização para a temática da TV entre os técnicos dos Estados e municípios; o fortalecimento da integração entre os entes federados e o reconhecimento das dinâmicas e necessidades locais para a agenda dos espaços investigativos; e, a importância da qualificação dos dados epidemiológicos:

“Aumento da proximidade entre técnicos do estado e dos municípios, o que facilita a comunicação e qualifica as discussões (E2 – Sul).”

“Maior entendimento das questões que levam à dificuldade para a atuação da APS. Exemplo: conhecimento sobre a falta de estrutura/qualificação/integração dos serviços (E19 – Sudeste).”

“Com a interação destes representantes, observou-se a necessidade de criação do Comitê Estadual de Transmissão Vertical, para investigar aborto, natimorto, óbito e casos de sífilis (E23 – Nordeste).”

“Muitas vezes aprendemos com os municípios, pois nesse retorno, eles colocam para nós que determinada proposta ou normativa não é aplicável ao município. Nesse sentido, a gente vai mudando o processo de trabalho para ser factível tanto para o estado, quanto para o município (E24 – Sudeste).”

11. PRINCIPAIS INICIATIVAS REALIZADAS E DECISÕES TOMADAS PELOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (CITV)

11.1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES APÓS A INVESTIGAÇÃO DOS CASOS

No Quadro 16 observa-se que os principais desfechos regionais encontrados após a análise das investigações estão associados às temáticas: diagnóstico, tratamento, acompanhamento, notificação/informações, fragilidades encontradas no próprio processo de trabalho do espaço investigativo das UF e as vulnerabilidades sociais. De acordo com a literatura, todos esses aspectos estão associados a falhas na RAS, principalmente durante o pré-natal da gestante. Nesse sentido, autores têm afirmado que falhas encontradas na RAS, incluindo na APS favorecem a ocorrência de desfechos desfavoráveis, como o da sífilis congênita (Coelho, 2020; Silveira, Leon, Becerra e Serruya, 2019). Notoriamente quando há falha na RAS no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento inadequado ou em tempo inoportuno (Rocha, Araújo, Barros, Américo & Silva Júnior, 2021).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

No Quadro 16 pode observar-se que para todas as regiões brasileiras um dos principais motivos de desfechos negativos para os casos de sífilis são associados às temáticas do diagnóstico e tratamento. Nessa linha, observamos que a falta de realização de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno e adequado é o principal achado para os desfechos desfavoráveis, mesmo com a existência de um protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com IST do MS responsável por trazer as diretrizes clínicas e terapêuticas, e destacar a importância de saber distinguir e tratar os casos de sífilis (Ministério da Saúde, 2021).

Sobre a temática diagnóstico, as regiões Centro-Oeste e Nordeste pontuam que faltam insumos para fechamento dos diagnósticos na RAS, como exemplos, o

exame VDRL²⁵ para monitoramento da gestante durante o pré-natal ou a punção líquórica para fechamento de diagnóstico da criança, mesmo esses exames sendo necessários para seguimento de condutas clínicas e terapêuticas identificadas no Protocolo de Diretrizes Terapêuticas supramencionado (2021), mas que não são possíveis de serem realizadas por falta de insumos no território. Além disso, a região Centro-Oeste sinaliza que há resistência da gestante em realizar exames para monitoramento da doença durante o pré-natal. Nesse caso, por vezes, não se sabe se a gestante está adequadamente tratada.

Ratificando a falta de tratamento em tempo oportuno e adequado, ambas as regiões brasileiras, trazem relatos dos seus territórios, e, afirmam que os motivos para tal desfecho são dados pela perda de oportunidade do profissional em iniciar o tratamento e dar sequência à sua conclusão, ou até mesmo pelo abandono do tratamento pelo paciente. Esse último ponto sinalizado pela região Centro-Oeste poderá ser pela falta de informação e conhecimento da gestante e/ou parceria sexual sobre a importância de realizar o tratamento:

“Abandono do tratamento pelas gestantes por desconhecimento da importância do mesmo (E7 – Centro-Oeste)”.

Sobre a falta de conhecimento das gestantes e parcerias sexuais, Lopes (2007) pontua que a comunicação em saúde é ferramenta indutora da política pública de saúde sendo fundamental para a estratégia de cuidado dos indivíduos. Nesse sentido deixamos algumas reflexões: ‘será que a comunicação em saúde está sendo eficaz e assertiva?’; ‘será que as gestantes e parcerias sexuais estão compreendendo as orientações que são passadas pelos profissionais?’. Além dessas perguntas reflexivas, cabe mencionar que Lopes (2007) e Deardorff (2009) ponderam que para a comunicação ser assertiva ela tem que fazer parte da realidade, do contexto sociocultural dos indivíduos, na linha do pensamento e trabalhos de Ramos (2001, 2004, 2007, 2008a, 2012 a,b,c, 2016, 2017, 2021)

²⁵ De acordo com o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas do MS o VDRL é um exame “importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento” (Ministério da Saúde, 2021, p. 50).

sobre a importância da informação e comunicação em saúde, social e culturalmente adaptadas ao nível individual, grupal e comunitário.

Destarte deixamos a reflexão: A informação e comunicação em saúde que tem sido realizada, em particular no âmbito da sífilis, tem contemplado e integrado as dimensões inter e multiculturais dos indivíduos, grupos e comunidades?

ACOMPANHAMENTO

Todas as regiões brasileiras pontuam a falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o período gestacional como fator determinante no desfecho da sífilis congênita, sendo necessário rever o porquê de não estar sendo realizados os acompanhamentos dos usuários durante o pré-natal da gestante.

As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste destacam que a não realização do acompanhamento da gestante pode ser em virtude da falta de busca ativa das gestantes e parceria sexual faltosos ou que não iniciou o pré-natal, e a região Norte aborda a ausência de acompanhamento da gestante e parceria sexual pela falta de acesso ao pré-natal, por motivo, inclusive dos usuários residirem em localidade longínqua. Já a região Nordeste sinaliza a falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual por resistência dos próprios usuários em aderirem ao pré-natal:

“Falta de busca ativa para completar o tratamento (E19 – Sudeste)”.

“Dificuldade de adesão da mãe e do parceiro ao acompanhamento do pré-natal (E3 – Nordeste)”.

“A gestante não tem acesso ao pré-natal. Além disso, observa-se muito que a gestante inicia o tratamento, mas não conclui e a Unidade Básica de Saúde (UBS) não realiza busca ativa desta paciente (E10 – Norte)”.

A temática relacionada ao acompanhamento vai ao encontro de alguns teóricos, a exemplo Neri e Soares (2002), Rocha, Dias e Gama (2010), Ramos (2008;

2012a; 2013b) e Dias, Gama, Pingarilho, Simões e Mendão (2016) os quais afirmam que há menor acesso e relações de desigualdades nos serviços de saúde, notoriamente para aqueles indivíduos que têm menores condições socioeconômicas e educacionais, que conseqüentemente têm maior desconhecimento sobre seus direitos. Em encontro a esses autores, dados do IPEA, PNUD e FJP (2019) ratificam que as regiões brasileiras Norte e Nordeste são as que têm os menores índices de desenvolvimento educacional, sobretudo de renda e esses dados são aqui refletidos quando nos referimos ao acesso aos serviços de saúde no que tange ao acompanhamento da gestante e parceria sexual para gestão dos casos.

NOTIFICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Todas as regiões sinalizam a ausência de informações ou inconsistências nos registros de prontuários, seja nas cadernetas, livros e ficha de notificação da gestante durante o pré-natal, como exemplos, preenchimento incorreto dos dados pessoais, de diagnóstico e de tratamento.

Além disso, sinalizam que há notificação com critérios inadequados. O diagnóstico incorreto por parte do profissional da saúde gera despesas e exposições desnecessárias para os serviços de saúde e para a criança:

“Muitas notificações com critérios inadequados; A notificação ocorre porque o médico quer tratar e não confia no segmento (E10 – Norte)”.

Esses dados convergem com aqueles encontrados nos estudos da UNICEF (2020), Mareco, Lima, Santos e Horta (2022) e Rodrigues, Barreto e Mareco (2022).

PROCESSO DE TRABALHO DO ESPAÇO INVESTIGATIVO

Todas as regiões brasileiras sinalizam que em suas conclusões e resultados dos casos investigados foi notada a falta de investigações de mais casos no território, e essa reflexão por três principais razões: rotatividade dos profissionais, espaço de investigação local estar inoperante, ou o espaço estadual não ter entre as

suas atribuições a realização de investigação dos casos. Além disso, a região Nordeste aponta que há dificuldade do espaço investigativo estadual articular com os municípios.

Outro ponto a ser destacado é uma fala expressiva de um Estado da região Norte: “Não há necessidade de fato de investigar, pois os casos só aumentam (E22 – Norte)”. Para esse discurso, inferimos a importância desde as políticas públicas de saúde terem atuação respeitando as dinâmicas e necessidades territoriais, pois o relato torna-se preocupante frente ao número de casos de sífilis que ainda temos no Brasil.

Rodrigues-Filho (1987) e Simão e Orellano (2015) afirmam que ter o suporte de recursos estruturais e humanos no território qualifica os serviços de saúde. Unindo-se a fala citada a outros dados empíricos que abordam a falta de recursos humanos nos territórios como um gargalo - infere-se também a exaustão do profissional da saúde em tentar promover a saúde da população em seu território - junto à necessidade de apoio estratégico para realizar a agenda pública das investigações dos casos de TV da sífilis.

VULNERABILIDADE SOCIAL

A região Nordeste foi a única que trouxe a temática da vulnerabilidade social como ponto para os desfechos de casos após o processo investigativo, podendo-se observar que os fatores sociais, culturais e educacionais se refletem no processo de saúde e adoecimento da população. Nesse mesmo sentido, Oliveira, Canani, Masiero e Silva (2020) afirmam que fatores sociais e comportamentais, como exemplos, gestante ter baixa renda, baixa escolaridade, não ter união estável, e ter comportamento sexual de risco, como ter múltiplos parceiros sem proteção nas relações sexuais, contribuem para os desfechos dos casos de sífilis.

Quadro 16. Conclusões ou resultados que se chegam após realizadas as investigações dos casos de transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
DIAGNÓSTICO	Falta de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno ou diagnóstico incorreto.	Falta de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno ou diagnóstico incorreto.	Falta de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno ou diagnóstico incorreto.	Falta de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno ou diagnóstico incorreto.	Falta de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno ou diagnóstico incorreto.
	Falta de insumos. Exemplo: Exame VDRL.		Falta de insumos. Exemplo: Exame VDRL.		
	Resistência da gestante em realizar o VDRL de monitoramento.				
TRATAMENTO	Falta de tratamento oportuno e adequado as gestantes e parcerias sexuais.	Falta de tratamento oportuno e adequado as gestantes e parcerias sexuais.	Falta de tratamento oportuno e adequado as gestantes e parcerias sexuais.	Falta de tratamento oportuno e adequado as gestantes e parcerias sexuais.	Falta de tratamento oportuno e adequado as gestantes e parcerias sexuais.
ACOMPANHAMENTO	Falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o pré-natal.	Falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o pré-natal.	Falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o pré-natal.	Falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o pré-natal.	Falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o pré-natal.
	Falta de busca ativa das gestantes ou parceria sexual faltosos ou que não iniciou o pré-natal.			Falta de busca ativa das gestantes ou parceria sexual faltosos ou que não iniciou o pré-natal.	Falta de busca ativa das gestantes ou parceria sexual faltosos ou que não iniciou o pré-natal.
		Falta de acesso da gestante e parceria sexual ao pré-natal. Exemplo: região longínqua.			

			Resistência da gestante ou parceria sexual na adesão ao pré-natal.		
NOTIFICAÇÃO/ INFORMAÇÕES	Ausência de informações ou inconsistências nos prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.	Ausência de informações ou inconsistências nos prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.	Ausência de informações ou inconsistências nos prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.	Ausência de informações ou inconsistências nos prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.	Ausência de informações ou inconsistências nos prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.
PROCESSO DE TRABALHO DO ESPAÇO INVESTIGATIVO	Falta de investigação de casos.	Falta de investigação de casos.	Falta de investigação de casos.	Falta de investigação de casos.	Falta de investigação de casos.
			Dificuldade em articular com os Municípios.		
VULNERABILIDADE SOCIAL			Vulnerabilidades Sociais.		

Fonte: Elaboração própria, 2022.

11.2. PRINCIPAIS INTERVENÇÕES REALIZADAS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A partir das conclusões aos quais os espaços investigativos chegam são realizadas intervenções nas áreas da assistência e vigilância das UF. Para as duas áreas, as intervenções vão ao encontro a resolutividades dos achados pontuados nas conclusões dos casos investigados, e, todas as intervenções convergem com o que está estabelecido no Protocolo de Investigação da TV do MS (2014)²⁶.

11.2.1. ASSISTÊNCIA

No Quadro 17 observa-se que as intervenções realizadas na área da assistência estão associadas às temáticas: diagnóstico, tratamento, acompanhamento, notificação/informações, educação permanente e processo de trabalho do espaço investigativo.

DIAGNÓSTICO

Dentre as intervenções realizadas na temática do diagnóstico, as regiões Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sudeste sinalizam intensificar a testagem da gestante durante o pré-natal. Além disso, as regiões Nordeste e Sudeste também pontuam reorganizar seus fluxos de disponibilização do teste rápido na RAS:

“Com o aumento do uso do teste rápido se intensificou a vigilância sistemática da sífilis com pelo menos dois exames durante o pré-natal (primeiro e último trimestre) (E13 – Norte)”.

“Exigir a realização do teste rápido na primeira consulta de pré-natal (E7 – Centro-Oeste)”.

²⁶ O Protocolo frisa que os CITV podem ser considerados espaços de atuação interdisciplinar em vigilância e atenção, responsáveis por analisar os casos de sífilis congênita no território e propor soluções para a RAS.

“Fortalecimento da oferta do tratamento na atenção básica (E26 – Nordeste)”.

“Distribuição dos Testes Rápidos e penicilina para todas as unidades de saúde (E19 – Sudeste)”.

Outras intervenções realizadas na temática do diagnóstico foram trazidas pelas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul: a de solicitar e oferecer o exame VDRL durante o pré-natal da gestante, trazida pela região Centro-Oeste; e a de garantir a oferta de exames da criança com sífilis congênita e exposta a sífilis no momento do nascimento, pontuada pelas regiões Nordeste e Sul, como exemplo: “Garantir oferta de exames no momento do nascimento da criança com sífilis congênita (E2 – Sul)”.

Achados similares também foram encontrados nos estudos de Mareco, Lima, Santos, Horta (2021) e Unicef (2022), sobretudo as intervenções relacionadas à ampliação da disponibilização do teste rápido na RAS para mais rapidez no diagnóstico dos casos.

TRATAMENTO

Todas as regiões brasileiras, exceto a região Sul, pontuam alguma intervenção para resolução do problema: falta de tratamento adequado e oportuno da gestante e parceria sexual durante o pré-natal. As regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste trazem como intervenção local a descentralização do tratamento na RAS, e as regiões Norte e Sudeste pontuam realizar o início do tratamento das gestantes logo após realizado o teste rápido, como exemplo, o início imediato do tratamento da gestante após a realização do teste rápido:

“Acabou a cultura de que poderia realizar o tratamento após confirmação por exame laboratorial (E5 – Norte)”.

Esses pontos convergentes com o está previsto no Protocolo de Diretrizes Terapêuticas do MS (2021), sobretudo o início do tratamento da gestante após a realização de um teste diagnóstico para sífilis.

ACOMPANHAMENTO

Apenas as regiões Centro-Oeste e Nordeste informam na RAS, como intervenção na área da assistência realizarem o acompanhamento da gestante, parceria sexual e da criança com sífilis congênita ou exposta à sífilis, sendo a região Centro-Oeste a única a pontuar a realização da busca ativa das gestantes faltosas durante o pré-natal.

Cabe mencionar, em bloco anterior, citamos os teóricos Neri e Soares (2002), Ramos (2007, 2012a), Rocha, Dias e Gama (2010) e Dias, Gama, Pingarilho, Simões e Mendão (2016) sinalizando que há desigualdades nos serviços de saúde e comparando isso com os dados do IPEA, PNUD, FJP, (2019), especificamente no que diz respeito ao desenvolvimento educacional e de renda das regiões brasileiras que refletem no acesso aos serviços de saúde, aqui temos um outro ponto de vista. No entanto, embora a região Nordeste tenha menores índices de desenvolvimento humano quanto comparado a outras regiões, exemplo a Sul e Sudeste, nas intervenções realizadas na temática acompanhamento dos indivíduos com sífilis, a região Nordeste destacou-se, mostrando a preocupação da região em qualificar a gestão de seus casos por meio do acompanhamento dos pacientes. Essa mesma preocupação também foi percebida para a região Centro-Oeste.

NOTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES

Todas as regiões brasileiras afirmam que há ausência de informação ou inconsistências de dados registrados em prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificações durante o pré-natal. Para Mareco, Lima, Santos e Horta (2021) isso é uma fragilidade na gestão dos casos de sífilis, que acarreta o registo incorreto do diagnóstico da criança na hora do nascimento, e além disso, o tratamento inadequado da criança, ou seja, se não há registo da mãe, que informe se ela foi tratada adequadamente ou não, uma criança exposta à sífilis pode ser notificada e tratada como um caso de sífilis congênita de forma errônea. No entanto, ao observarmos as intervenções realizadas apenas as regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste trazem como intervenção assistencial qualificar o registo das informações da gestante durante o pré-natal.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Todas as regiões brasileiras pontuam realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis).

Além disso, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste trazem como intervenção a realização de campanhas e distribuição de materiais educativos (protocolos, informativos, entre outros) para profissionais da saúde e população geral. Todos esses com objetivo de promover o conhecimento da população e dos profissionais de saúde, bem como a qualificação da assistência prestada:

“Capacitação e campanhas para utilização do protocolo para os profissionais das maternidades, e capacitação das equipes e qualificação do pré-natal (E19 – Sudeste)”.

“Suscitar uma maior necessidade de atualização dos profissionais em relação aos protocolos clínicos, trazer mais conhecimento sobre os Protocolos (E16 – Sul)”.

Para esse último ponto, Lopes (2007) e Ramos (2001, 2004, 2007, 2008a, 2012 a,b,c, 2016, 2017, 2021) destacam a importância das campanhas de educação e comunicação como instrumentos indutores das políticas de saúde, notoriamente quando essas condizem com as dimensões contextuais, sociais, inter e multiculturais que norteiam a vida dos indivíduos, dos grupos e das comunidades.

PROCESSO DE TRABALHO DOS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS

Todas as regiões brasileiras pontuam elaborar e debater o relatório das investigações junto a RAS, bem como realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS.

Embora a região Norte não realize a investigação dos casos de criança exposta à sífilis, aqui a região Norte assim como a Sudeste destacam como intervenção regional na área da assistência a implementação efetiva do comitê para investigação dos casos, e a região Nordeste traz como intervenção as

realizações de apresentações de experiências exitosas do território para outros estados, e, a responsabilização de atores envolvidos nos casos investigados.

Já a região Norte novamente se destaca, por ser a única que traz a pauta do estímulo das instituições e membros para efetivo envolvimento nas atividades do comitê como uma intervenção realizada para o âmbito assistencial.

Todas essas intervenções fortalecem as diretrizes de funcionamento dos CITV descritas no Protocolo de Investigação da TV do MS (2014), sobretudo ao processo de trabalho dos espaços investigativos das UF, enriquecendo as suas atividades e gestão de casos nos territórios. Para Rodrigues e Ramos (2017) as ações e pactuações são ainda mais fortalecidas quando estas são culturalmente adaptadas e respeita as dimensões interculturais.

Quadro 17. Intervenções realizadas na área da assistência após conclusões ou resultados dos casos de transmissão vertical da sífilis investigados, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
DIAGNÓSTICO	Intensificar a testagem da gestante: exigir a realização do teste rápido na primeira consulta pré-natal.	Intensificar a testagem da gestante: exigir a realização do teste rápido no primeiro e terceiro trimestre gestacional.	Intensificar a testagem.		Intensificar a testagem.
			Reorganizar o do fluxo de disponibilização de teste rápido na RAS.		Reorganizar o do fluxo de disponibilização de teste rápido na RAS.
	Solicitar e oferecer o exame VDRL durante o pré-natal da gestante.				
			Garantir a oferta de exames da criança com sífilis congênita e exposta a sífilis no momento do nascimento.	Garantir a oferta de exames da criança com sífilis congênita e exposta a sífilis no momento do nascimento.	
TRATAMENTO	Descentralizar o tratamento na RAS.		Descentralizar o tratamento na RAS.		Descentralizar o tratamento na RAS.
		Iniciar o tratamento da gestante logo após realizado o teste rápido - não sendo necessário aguardar o VDRL.			Iniciar o tratamento da gestante logo após realizado o teste rápido - não sendo necessário aguardar o VDRL.
ACOMPANHAMENTO	Realizar o acompanhamento da gestante, parceria sexual, criança com sífilis congênita ou		Realizar o acompanhamento da gestante, parceria sexual, criança com sífilis congênita ou		

	exposta a sífilis na RAS.		exposta a sífilis na RAS.		
	Realizar busca ativa das gestantes faltosas durante o pré-natal.				
NOTIFICAÇÃO/ INFORMAÇÕES	Realizar registros adequados no prontuário, caderneta, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.	Realizar registros adequados no prontuário, caderneta, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.	Realizar registros adequados no prontuário, caderneta, livros e ficha de notificação durante o pré-natal.		
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis) para os profissionais da saúde.	Realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis) para os profissionais da saúde.	Realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis) para os profissionais da saúde.	Realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis) para os profissionais da saúde.	Realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis) para os profissionais da saúde.
		Realizar campanha e distribuição de materiais educativos (protocolos, informativos, outros) para profissionais e população geral.	Realizar campanha e distribuição de materiais educativos (protocolos, informativos, outros) para profissionais e população geral.		Realizar campanha e distribuição de materiais educativos (protocolos, informativos, outros) para profissionais e população geral.

PROCESSO DE TRABALHO DO ESPAÇO INVESTIGATIVO	Elaborar e debater o relatório das investigações junto a RAS.	Elaborar e debater o relatório das investigações junto a RAS.	Elaborar e debater o relatório das investigações junto a RAS.	Elaborar e debater o relatório das investigações junto a RAS.	Elaborar e debater o relatório das investigações junto a RAS.
	Realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS.	Realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS.	Realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS.	Realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS.	Realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS.
		Implementar o comitê.			Implementar o comitê.
			Apresentar experiências exitosas em outros Estados.		
			Responsabilizar os atores envolvidos.		
		Estimular as instituições e membros para efetivo envolvimento nas atividades do comitê.			

Fonte: Elaboração própria, 2022.

11.2.2. VIGILÂNCIA

No Quadro 18 observa-se que foram identificados quatro eixos de intervenções realizados para área de vigilância: acompanhamento, notificação/informação, educação permanente e processo de trabalho do espaço investigativo. Cabe mencionar que para esses pontos houve mais intersecções entre as diferentes regiões.

ACOMPANHAMENTO E NOTIFICAÇÃO/INFORMAÇÃO

O único ponto trazido como intervenção realizada por todas as regiões brasileiras na temática acompanhamento foi a de qualificar o monitoramento dos casos de sífilis durante o pré-natal, e que vai ao encontro das intervenções na temática da notificação/informação, em que todas as regiões brasileiras pontuam realizar a qualificação dos registos de informações, seja da ficha de notificação, prontuário, caderneta, livros de registos, que em consequência qualifica-se o monitoramento dos casos.

Sobre a pauta da notificação e informação um Estado da região Norte traz uma especificidade local em suas intervenções, a implementação do cartão de acompanhamento da gestante e da criança com sífilis e da criança exposta à sífilis, e a planilha de acompanhamento de registos dos casos de sífilis congênita e criança exposta. Ação que também teve contributos do *Projeto Sífilis Não!* na sua implementação:

“No ano 2020, em parceria com as apoiadoras dos *Projetos “Sífilis Não!”* e o Força Tarefa, foram implantados na RAS básica e hospitais maternidades, os cartões de acompanhamento da gestante com sífilis, sífilis congênita e criança exposta à sífilis, e a planilha de registro de casos de sífilis congênita e crianças expostas à sífilis nos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) dos hospitais e maternidades, integrados com as coordenações municipais de vigilância epidemiológica e atenção básica (E9 – Norte)”.

A partir do relato da região Norte ratifica-se a importância da existência de mecanismos para a gestão dos casos de sífilis nos territórios. Esses que podem

ser potencializadores para a realização de intervenções em tempo oportuno, favorecendo inclusive a não ocorrência de um novo desfecho de sífilis para o território.

Outros como Oliveira e Cruz (2015) afirmam que a vigilância é responsável por identificar o cenário epidemiológico e o monitoramento dos seus agravos de saúde. Logo, compreende-se que se os registos forem realizados de forma qualificada, a gestão dos casos torna-se mais eficaz.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Como intervenção realizada na temática da educação permanente, todas as regiões brasileiras destacam a realização de capacitações para os profissionais de saúde, também com foco na vigilância, ponto fundamental para as intervenções realizadas na área da vigilância, pois profissionais qualificados poderão realizar os registos de forma mais correta. Sobre o tema, os autores Soares e Martins (2006), Nobrega, Alves, Queiroz e Oliveira (2019) ratificam que a qualificação dos profissionais é ação estratégica fundamental para qualificação da RAS dos territórios.

PROCESSO DE TRABALHO DO ESPAÇO INVESTIGATIVO

Todas as regiões brasileiras sinalizam que fazem parte das intervenções do processo de trabalho dos espaços investigativos orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso. Fato convergente com as diretrizes estabelecidas no Protocolo de Investigação da TV do MS (2014), que fortalecem as intervenções realizadas na RAS pelo seu caráter educativo e não coercitivo, tendo como único intuito de qualificar a rede e dar uma melhor resposta ao enfrentamento do agravo de saúde.

Sobre as especificidades, as regiões Sul e Sudeste pontuam como intervenção elaborar notas técnicas e informativas sobre a temática da vigilância; a região Norte destaca a intensificação das investigações; e a região Centro-Oeste sinaliza a promoção da integração entre APS e VS. Para esse último ponto, integração, a ação converge com as diretrizes da OPAS, na qual a Organização

afirma que a integração intersetorial da vigilância e da assistência são primordiais para apontar medidas de intervenção para a RAS e sua qualificação (OPAS, 2010).

Quadro 18. Intervenções realizadas na área da vigilância após conclusões ou resultados dos casos de transmissão vertical da sífilis investigados, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
ACOMPANHAMENTO	Qualificar o monitoramento dos casos durante o pré-natal.	Qualificar o monitoramento dos casos durante o pré-natal.	Qualificar o monitoramento dos casos durante o pré-natal.	Qualificar o monitoramento dos casos durante o pré-natal.	Qualificar o monitoramento dos casos durante o pré-natal.
NOTIFICAÇÃO/ INFORMAÇÕES	Qualificar os registos de informações (notificação, prontuário, caderneta, livros, etc).	Qualificar os registos de informações (notificação, prontuário, caderneta, livros, etc).	Qualificar os registos de informações (notificação, prontuário, caderneta, livros, etc).	Qualificar os registos de informações (notificação, prontuário, caderneta, livros, etc).	Qualificar os registos de informações (notificação, prontuário, caderneta, livros, etc).
		Implementar cartão e planilha de acompanhamento dos casos de sífilis (gestante e criança). Ação realizada junto a apoiadora do Projeto "Sífilis Não!".			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realizar capacitações para os profissionais de saúde, com foco na vigilância.	Realizar capacitações para os profissionais de saúde, com foco na vigilância.	Realizar capacitações para os profissionais de saúde, com foco na vigilância.	Realizar capacitações para os profissionais de saúde, com foco na vigilância.	Realizar capacitações para os profissionais de saúde, com foco na vigilância.
PROCESSO DE TRABALHO DO ESPAÇO INVESTIGATIVO	Orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso.	Orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso.	Orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso.	Orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso.	Orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso.
				Elaborar notas técnicas e informativas.	Elaborar notas técnicas e informativas.
		Intensificar as investigações.			Intensificar as investigações.
	Promover a integração entre APS e VS.				

Fonte: Elaboração própria, 2022.

11.2.3. ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS INVESTIGADOS E CONFIRMADOS

No Gráfico 30 observa-se que menos da metade 42% (11) das UF afirmam acompanhar a mãe e a criança após a confirmação do caso, e no Gráfico 31 percebe-se que os Estados das regiões Sudeste e Sul destacam-se na realização da ação, pois 67% (2) dos Estados de ambas as regiões realizam esse acompanhamento. Em sequência a região Centro-Oeste, onde 50% (2) das UF encontram-se na mesma situação e apenas 33% (3) da região Nordeste e 28% (2) da região Norte realizam tal acompanhamento da gestante e criança.

Para as 11 UF que referem realizar o acompanhamento, 10 delas afirmam que realizam o acompanhamento durante dois anos ou mais, e uma delas durante até um ano.

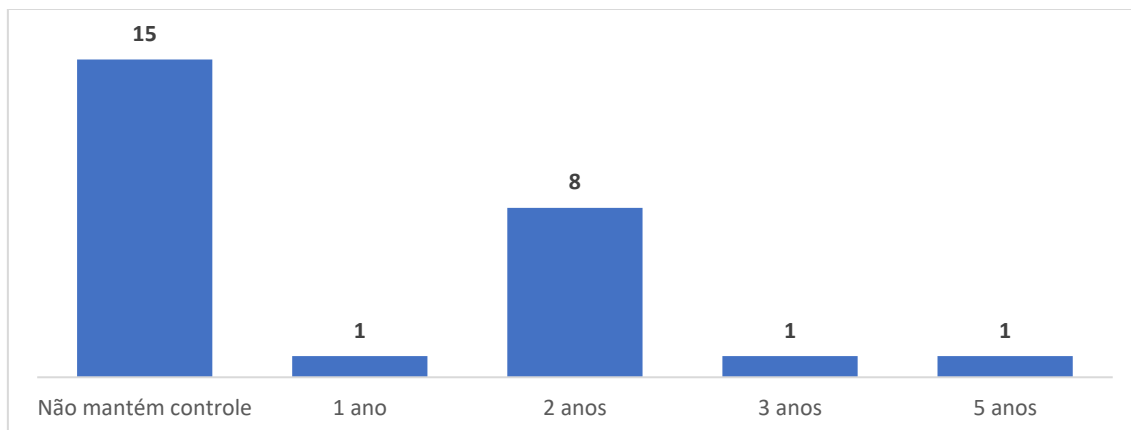
Assim, percebe-se alguma vulnerabilidade na agenda da política de TV da sífilis, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, notoriamente ao que tange a gestão dos casos, ou seja, não estão realizando o acompanhamento²⁷ da criança, da gestante e tão menos da parceria sexual (Gráfico 32).

No caso da criança, Bentin (2019) aponta que 70% das crianças são assintomáticas ao nascer e podem desenvolver manifestações da doença posteriormente. Nesse sentido, o seguimento sistematizado da criança é importante não só para verificar a confirmação do diagnóstico de sífilis congênita, mas também para realizar tratamentos precoces de possíveis complicações.

²⁷ De acordo com o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas do MS (2021, p. 86 e 96), respectivamente, “O seguimento de crianças expostas à sífilis pode ser feito na Atenção Básica, com especial atenção ao monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial com teste não treponêmicos em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. A partir dessa idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se SC”. Já o seguimento clínico da criança com sífilis congênita está descrito no quadro 27 do Protocolo, página 96, e é de 2 anos, podendo mudar a depender da necessidade da criança. Por outro lado, a mãe da criança, após o parto deverá ser acompanhada durante 12 meses e os critérios de acompanhamento da parceria sexual da mãe entram nos critérios gerais de acompanhamento de sífilis em adultos, que é após diagnóstico, acompanhar com VDRL a cada 3 meses em até um ano.

Gráfico 30. Acompanhamento da mãe e da criança pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis após confirmado o caso de transmissão vertical, Brasil, 2022.

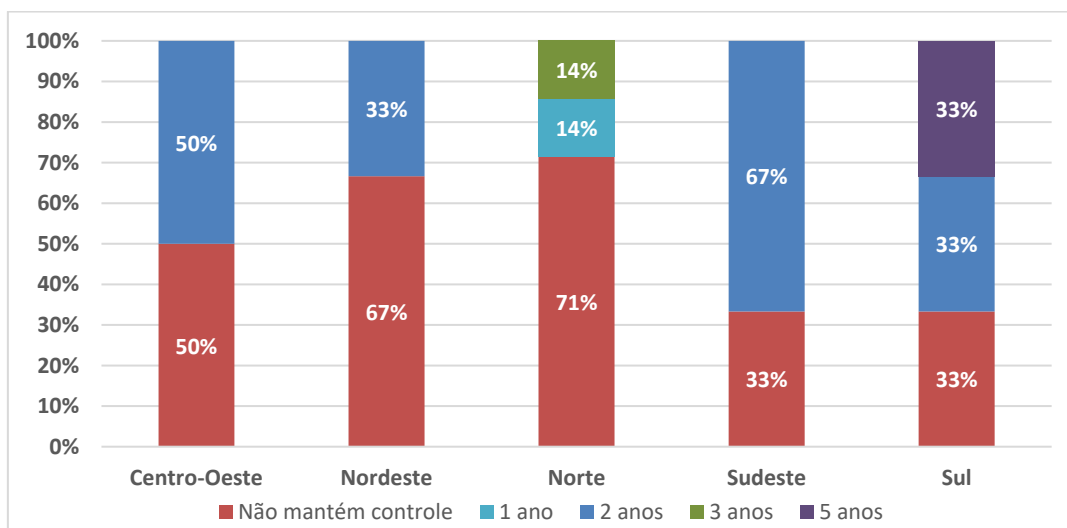
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 31. Percentagem do acompanhamento da mãe e da criança pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis após confirmado o caso de transmissão vertical, por região, Brasil, 2022.

N=26



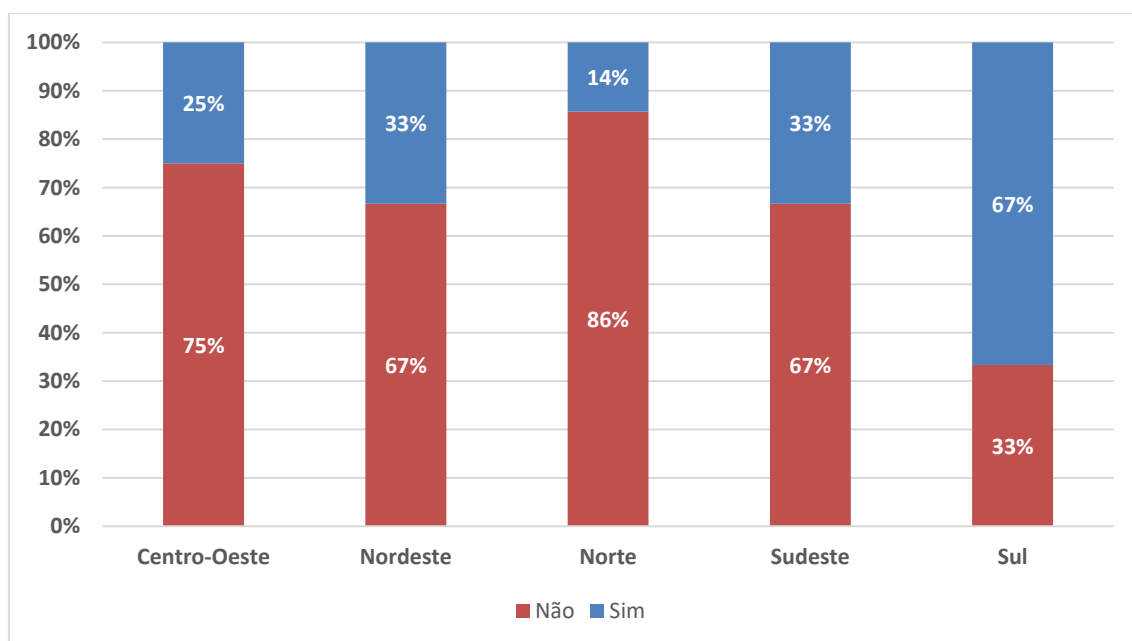
Fonte: Elaboração própria, 2022.

A afirmação da não realização do acompanhamento da parceria da gestante foi ainda maior: 69% (18) das UF referiram não realizar tal acompanhamento. Destarte, infere-se que essa percentagem pode ser ainda maior, pois Rio Grande do Sul, Maranhão e Piauí afirmaram não realizar o acompanhamento da mãe e

da criança, mas sinalizaram realizar o acompanhamento da parceria, fato contraditório aos demais Estados e regiões, vide Gráfico 32. Assim, compreendemos que pode ter havido equívoco pela falta de interpretação adequada da pergunta.

Gráfico 32. Percentagem do acompanhamento da parceria sexual da mãe pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis após confirmado o caso de transmissão vertical, por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

As UF deram os seguintes motivos para a não realização do acompanhamento dos casos: o espaço de investigação estar inoperante, dado o acompanhamento da mãe e da criança ser atribuição da assistência e vigilância dos municípios e não do CITV; ou pela falta de recursos humanos – principal fato sinalizado por ambas as regiões.

Na pesquisa não havia uma questão descritiva para o informante-chave sinalizar motivos pelos quais a parceria da mãe não estava sendo acompanhada após a confirmação do caso de TV da sífilis confirmado pelo espaço investigativo. No entanto, conforme Coelho (2020) infere-se que além dos motivos sinalizados ao

não acompanhamento da mãe e da criança, outro motivo é a dificuldade do território em captar o parceiro para realizar tal acompanhamento.

12. ARTICULAÇÃO E INSERÇÃO DAS AÇÕES DOS CITV PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO BRASIL

12.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS: POTENCIALIDADES

No Quadro 19 observa-se que as características socioculturais que potencializam as intervenções locais realizadas pelos espaços de investigação da sífilis estão distribuídas nas temáticas: educação em saúde, integração, educação permanente, população e território, cobertura da APS e infraestrutura.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste pontuam como característica locais que potencializam a agenda da sífilis no território as realizações de campanhas educativas, seja em mobilizações de festas comemorativas em alusão à temática da sífilis, campanhas sobre prevenção e tratamento pelas redes sociais ou por meio do uso de ferramentas educativas lúdicas:

"Mobilizações em festas comemorativas e alusão a temáticas da Sífilis (E11 - Nordeste)".

"Realização de campanhas de prevenção e incentivo do tratamento pelas redes sociais (whatsapp, instagram, facebook, Twitter, TV e programa de rádio) (E7 - Centro-Oeste)."

"De maneira geral, a forma de lidar com o tema da sexualidade, com maior liberdade de expressão facilita as ações de prevenção (E18 - Sudeste)."

"O uso de ferramentas educativas e lúdicas como as festas populares, o folclore, o cordel, entre outras festas. Além do Estado apoiar a implantação dos Comitês municipais (E14 - Nordeste)."

Sobre o último relato, o folclore e o cordel, Lopes (2007) e Ramos (2001, 2013) destacam que para haver campanhas educativas eficazes, visto que elas precisam convergir com o contexto cultural e o público que se quer alcançar, e quando a UF aponta que tem realizado atividade de educação e comunicação em saúde considerando a cultura popular, Lopes (2007) afirma que a ação pode ser ainda mais potente.

INTEGRAÇÃO

Todas as regiões brasileiras afirmam que terem integração da RAS é fator potencializador para as intervenções locais realizadas pelo espaço investigativo da sífilis, sobretudo aquelas voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Além disso, nessa integração, as regiões Centro-Oeste e Norte destacam programas e as ações locais como parte das ações de integração realizadas:

"Integração da APS no Programa Saúde na Escola para o nível de ensino médio, para realização de palestras educativas de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST (E7 - Centro-Oeste)."

"Presença forte do Telessaúde no estado que pode contribuir na otimização das capacitações em conjunto com a Escola de Saúde Pública de MT (E25 - Centro-Oeste)."

"Funcionalidade dos grupos de gestantes nas unidades de saúde (E13 - Norte)."

Ainda na temática da integração, as regiões Norte e Nordeste, pontuam que terem a participação efetiva das organizações da sociedade civil potencializa a disseminação de informações no território e fortalece a articulação junto aos gestores:

"Participação efetiva das organizações da sociedade civil em vários pontos do Estado, utilizando essas organizações para disseminar as informações (E5 - Norte)."

"Participação da sociedade civil nas reuniões do comitê estadual de investigação da TV da Sífilis e sua capacidade de articulação para pressionar a gestão nas execuções das recomendações geradas (E3 - Nordeste)."

As diversas formas de integração sinalizadas pelas UF convergem com as indicações de documentos técnicos brasileiros, os quais sinalizam que a partir da integração entre VS e APS a RAS torna-se mais eficaz a resposta rápida à sífilis (Brasil, 2018c). Além disso, autores apontam que a integração entre essas duas áreas são condições essenciais para atender a população na perspectiva intra e intersetorial (Almeida, Sousa, Brandão, Carvalho, Tavares & Silva, 2018), sobretudo a participação intersetorial da sociedade civil. Sobre essa última organização, Cronemberger (2015) frisa que a participação de diversos atores em espaços estratégicos torna-se essencial para uma visão mais ampliada dos processos, ocasionalmente gerando debates e proposições de soluções interventivas mais eficazes e com respeito às dimensões inter e multiculturais de forma mais ampliada.

Neste sentido, Ennes, Ramos & Suárez (2018) e Santos (2016) ratificam que considerar as questões inter e multiculturais, respeitando a autonomia dos sujeitos e empodendo-os gera a integração dos sujeitos por meio da interculturalidade e fortalece os laços e as políticas públicas de saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Apenas as regiões brasileiras Norte, Nordeste e Sul pontuam ter profissionais capacitados sobre manejo e vigilância da sífilis como característica local para potencializar as intervenções dos espaços investigativos da doença.

A região Norte destaca que a capacitação dos profissionais é dada pela presença de instituições de ensino superior em vários municípios. A região Sul pontua que os profissionais foram capacitados por ação realizada pelo próprio Estado. Já a região Nordeste apenas pontua que os profissionais estão capacitados, notoriamente para a realização de teste rápido da sífilis e HIV:

"A presença de unidades de ensino superior público em vários municípios do estado, melhorando a qualificação profissional (E5 - Norte)".

"O estado realizou uma capacitação macro para profissionais em 2017, mobilizando e sensibilizando os profissionais que não estavam interessados passaram a se interessar pelo tema, isso ajudou a alavancar o processo (E16 – Sul)."

"Mais de 70% das unidades básicas de saúde (UBS) do estado possuem profissionais capacitados sobre teste rápidos para sífilis e HIV, e com disponibilidade de testes em suas UBS para facilitar o diagnóstico e tratamento do utente (E17 - Nordeste)".

POPULAÇÃO E TERRITÓRIO

As regiões Norte, Nordeste e Sul trazem características locais como potencializadoras para as intervenções locais realizadas pelo espaço de investigação da sífilis.

As regiões Norte e Nordeste pontuam a pequena extensão territorial, de alguns de seus Estados, como fator que corrobora para a realização de intervenções nos territórios:

"Estado com poucos Municípios, 15 no total (E21 - Norte)."

"Estradas com fácil acesso a todos os Municípios (E6 - Nordeste)."

"Estado geograficamente pequeno, com proximidade entre as pessoas, o que facilita o monitoramento e investigação, pois permite facilidade de comunicação e deslocamento no território (E26 - Nordeste)."

Bem como sinalizam que a existência de diversos grupos populacionais vulneráveis em seus territórios, como exemplo, migrantes, indígenas, quilombolas, dentre outros, torna as ações do espaço investigativo mais imperativa:

"Há uma demanda importante de possíveis casos de sífilis em imigrantes, indígenas e população financeiramente vulnerável, que faz com que o comitê seja imperativo na tomada de decisão (E21 - Norte)."

"A existência de diversos grupos populacionais (quilombolas, ribeirinhos, terreiros, negros, LGBT) (E4 - Nordeste)."

As informações trazidas pelas regiões Norte e Nordeste convergem com a evidência científica. Ramos (2004, 2007, 2008a, 2009a, 2012 a, b, c, 2016), Dias e Gonçalves (2007), Santos (2016), Bebiano (2017), Granada, Carreno, Ramos, Ramos, M. (2017), Jacques et al (2018), Moraes, Ramos e Camargo (2020) e Sacramento et al. (2020), pontuam que pessoas em situações de vulnerabilidade, dentre elas, imigrantes ou minorias étnicas mais desprivilegiadas, como as mulheres pretas e pobres, são aquelas que tem mais desvantagens de atenção adequada à saúde e conseqüentemente para essas populações devem existir ações de saúde adequadas e imperativas que busquem o acolhimento, a comunicação adequada, o acesso e a equidade em saúde.

Por fim, a região Norte destaca como fator potencializador das intervenções locais a região ter Estados com uma população jovem e a maior densidade demográfica concentrada nas maiores cidades do estado, que segundo Rodrigues-Filho (1987), conseqüentemente são aquelas localidades que têm mais recursos de saúde. Já a região Sul pontua que o alto nível de instrução da sua população favorece as agendas de intervenções locais.

COBERTURA DA APS

As regiões Nordeste, Sul e Sudeste trazem a alta cobertura da APS no território como especificidade regional potencializadora para a realização das intervenções locais:

"A APS possui uma boa organização pelos territórios e conseguem abarcar a quase a totalidade da população (E8 - Sul)."

"Principalmente a capital tem uma estrutura mais sólida em relação à rede APS (E18 - Sudeste)."

"Profissionais comprometidos na rede de APS com cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) maior 90% (E17 - Nordeste)."

Esses dados corroboram com as afirmações de Mendes (2011) e do CONASS (2019), que onde frisam que a APS é capaz de atender mais de 85% de todas as necessidades de saúde da população, incluindo as IST, ainda mais quando tem-se uma cobertura ampliada da APS no território.

INFRAESTRUTURA

As regiões Centro-Oeste e Sudeste pontuam ter infraestrutura física de qualidade, como especificidade regional que potencializa as intervenções realizadas pelos espaços investigativos, como exemplos, insumos, medicamentos, e ter uma rede informatizada:

"Boa estrutura física da sede do governo. Logística adequada, considerando a dimensão do estado, permitindo que insumos, medicamentos e outros itens envolvidos no programa cheguem aos Municípios em tempo oportuno (E24 - Sudeste)."

"Rede informatizada em grande parte das UBS (E15 - Centro-Oeste)."

Para Rodrigues-Filho (1987) a infraestrutura local irá impactar diretamente no serviço e assistência prestados à população. Portanto, ratifica-se que ter um melhor aparato estrutural qualifica as ações nos territórios. No entanto, cabe mencionar que não apenas o espaço e estrutura física por si só são capazes de gerar estratégias locais nos territórios, sendo primordial a existência de recursos humanos para realização das atividades.

Quadro 19. Características socioculturais que potencializam as intervenções locais realizadas pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Realizar campanhas educativas.		Realizar campanhas educativas.		Realizar campanhas educativas.
INTEGRAÇÃO	Ter integração da RAS.	Ter integração da RAS.	Ter integração da RAS.	Ter integração da RAS.	Ter integração da RAS.
		Participação efetiva das organizações da sociedade civil.	Participação efetiva das organizações da sociedade civil.		
EDUCAÇÃO PERMANENTE		Profissionais capacitados sobre manejo e vigilância da sífilis no território.	Profissionais capacitados sobre manejo e vigilância da sífilis no território.	Profissionais capacitados sobre manejo e vigilância da sífilis no território.	
POPULAÇÃO E TERRITÓRIO		Estados com curta extensão territorial.	Estados com curta extensão territorial.		
		Existência de diversos grupos populacionais.	Existência de diversos grupos populacionais.		
		População Jovem e densidade demográfica concentrada nas maiores cidades.			
				Alto nível de instrução educacional da população.	
COBERTURA APS			Alta cobertura da APS no território.	Alta cobertura da APS no território.	Alta cobertura da APS no território.
INFRAESTRUTURA	Estrutura física de qualidade.				Estrutura física de qualidade.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

12.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS: FRAGILIDADES

No Quadro 20 observa-se que as características socioculturais que fragilizam as intervenções locais realizadas pelos espaços de investigação da sífilis estão distribuídas nas temáticas: recursos humanos, gestão do cuidado, acesso, educação em saúde, população e território, cobertura da APS e infraestrutura. Cabe destacar que os últimos quatro pontos, também foram identificados como pautas potencializadoras, mas aqui trazidos com um novo olhar.

RECURSOS HUMANOS

As regiões Norte, Nordeste e Sul pontuam que a rotatividade dos profissionais é um fator que fragiliza a realização das estratégias de intervenções dos espaços investigativos. Além disso, a região Nordeste destaca a sobrecarga dos profissionais como parte dessa fragilidade. Dados similares foram encontrados nas pesquisas de Borges (2016), UNICEF (2020) e Mareco, Lima, Santos e Horta (2021), ratificando a necessidade de observar o quadro de recursos humanos dos territórios para o alcance das atividades relacionadas à gestão dos casos de sífilis.

GESTÃO DO CUIDADO

As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste destacam que a gestão do cuidado da sífilis está fragilizada, principalmente no que diz respeito ao manejo da doença notificação do agravo e na integração das equipes multiprofissionais, aspectos que potencializam a fragmentação do cuidado:

"Fragilidade no manejo da sífilis adquirida/gestante/congênita e da notificação (E25 - Centro-Oeste)."

"Não há integração das equipes multiprofissionais, ou seja, não há [compartilhamento de] informações entre profissionais (E17 - Nordeste)."

Já a região Sudeste destaca que a gestão do cuidado está fragilizada pela violência²⁸ encontrada no território:

"Violência nos territórios dificulta ações de APS, principalmente a busca ativa de faltosos e muitas vezes dificulta a própria ida dos usuários às unidades de saúde (E18 - Sudeste)."

Dados similares foram encontrados nos estudos de Coelho, (2020), Rodrigues, Barreto e Mareco (2020) Mareco, Lima, Santos e Horta (2021), sobretudo a fragmentação do cuidado, essa que reflete na gestão do cuidado à sífilis.

ACESSO

As regiões Norte e Nordeste sinalizam que há barreiras de acesso aos serviços de saúde, essas que também fragilizam as intervenções dos espaços investigativos da sífilis, e elas vão desde o horário de funcionamento dos serviços de saúde a desafios de deslocamento dos utentes e profissionais:

"Unidades de APS fechadas aos fins de semana, dificultando o acesso à população (E23 - Nordeste)."

"O estado tem muitos municípios de difícil acesso, com pouca ou nenhuma conectividade (...) (E 10 - Norte)."

"Áreas indígenas de difícil acesso; e deslocamento da população imigrante dificulta a busca ativa pela APS (E21 - Norte)."

As políticas nacionais e internacionais de saúde frisam que o acesso ao serviço de saúde deve ser para todos, sendo fundamental para a qualidade de vida dos indivíduos (OPAS, 2017a). Mesmo assim, os dados do IPEA, PNUD e FJP (2019) demonstram que os níveis educacionais e de renda das regiões Norte e Nordeste são inferiores aos das demais regiões brasileiras e para diversas literaturas esse cenário reflete-se no acesso aos serviços de saúde, por considerar que grupos socialmente desfavorecidos têm tido menos apoio e acesso aos serviços de saúde, estando mais vulneráveis ao não alcance da

²⁸ A violência aqui tratada refere-se a falta de segurança pública.

saúde, do bem estar e da qualidade de vida na sociedade (Ramos, 2004, 2008a, 2012a,2021; United Nations Population Fund, 2006; Fonseca, Esteves, MCGarrigle & Silva, 2007; Derose, Escarce & Lurie, 2007; Dias, Rocha & Horta, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010; Granada, Carreno, Ramos, Ramos, M., 2017; Sacramento et al., 2020; Moraes, Ramos & Camargo, 2020).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao mesmo tempo que as regiões Centro-Oeste e Nordeste trouxeram que a realização de educação em saúde em seus territórios são fatores potencializadores das ações de intervenção dos espaços investigativos. Aqui, as regiões Centro-Oeste e Nordeste pontuam que: "O não fortalecimento das ações de promoção e prevenção nas populações vulneráveis (E4 - Nordeste)" fragilizam as estratégias de intervenção dos espaços investigativos.

Portanto, compreendemos que a educação em saúde é aspecto tão importante para o território que é capaz de potencializar ou fragilizar as ações locais junto aos usuários dos serviços de saúde.

POPULAÇÃO E TERRITÓRIO

Todas as regiões brasileiras afirmam que a existência de populações em situações de vulnerabilidade fragiliza as estratégias de intervenções dos espaços investigativos. Para tal, um informante-chave da região Nordeste traz a seguinte explicação: "Vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social (E23 -Nordeste)."

As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, destacam a baixa renda e escolaridade da população como fatores que fragilizam as estratégias de intervenção dos espaços investigativos da sífilis, e, pontuam que a falta de adesão ao autocuidado pela população correlacionado a extrema pobreza acarreta falta de acesso a recursos básicos, como exemplo, acesso a realização de exames de rotina:

"Extrema pobreza da população (40% da população - 966.000 estão inseridos no programa de auxílio do governo - bolsa família) (E5 - Norte)."

"Baixa escolaridade inclusive da população jovem (E9 - Norte)."

"A falta de adesão ao autocuidado da população em realizar os exames rotineiros devido à baixa renda e escolaridade da grande parte da população (E7 - Centro-Oeste)."

Outro fator trazido pelas regiões Norte e Nordeste, e ainda relacionada a questões de vulnerabilidade social, é ter uma população flutuante: "População flutuante que devido às condições de vulnerabilidade social se muda muito de residência, não permitindo ao município encontrar dados do usuário (E26 - Nordeste)."

Tratando-se da curta extensão territorial, as regiões Norte e Sudeste trazem esse tema como especificidade regional que fragilizam as estratégias de intervenção dos espaços investigativos. Fragilidades dadas pelo fato dos utentes e profissionais sentirem-se expostos e inibidos na gestão do cuidado à doença:

"Maioria dos Municípios com população < 5.000 habitantes, ocasionando a não procura da unidade de saúde pela população por serem todos conhecidos, e as vezes timidez do profissional em desempenhar seu papel pelo mesmo motivo (E9 - Norte)."

"Municípios muito pequenos em que a população é conhecida pelo profissional, que normalmente reside nesse território, gerando receio aos usuários de que a situação seja exposta a outras pessoas, mesmo sendo colocada a questão do sigilo profissional (E24 - sudeste)."

Por fim, sobre os aspectos população e território, a região Sul aborda que ter coordenações resistentes a mudanças têm fragilizado a realização das estratégias de intervenções propostas pelos espaços de investigação. Nesse sentido, a região Sul também pontua que a "Questão política na gestão da saúde principalmente nos Município (E18 - Sudeste)" também tem dificultado a

realização das intervenções propostas pelos espaços investigativos da sífilis. Para esse último ponto, o estudo da UNICEF (2020) afirma que não ter apoio dos gestores fragilizam as agendas dos espaços investigativos.

Sobre as vulnerabilidades sociais, os dados desta pesquisa convergem com a literatura. Ramos (2004), Dias e Gonçalves (2007), Santos (2016), Granada, Carreno, Ramos, Ramos, M. (2017) e Jacques et al (2018) destacam que populações em situação de mobilidade, de vulnerabilidade, de menor integração social e com menores condições socioeconômicas e educacionais, têm maiores desvantagens no acesso aos serviços de saúde, que impedem a concretização do direito e acesso universal, equânime e integral à saúde, preconizado designadamente pelos princípios do SUS (Sousa, Medeiros, Gurgel & Albuquerque, 2014).

COBERTURA DA APS

A região Centro-Oeste traz a baixa cobertura da APS como fator que fragiliza as intervenções dos espaços investigativos da sífilis. Esse dado converge com a literatura de Mendes (2011), onde o autor aborda como importante a cobertura da APS para resolutividade das necessidades de saúde da população.

INFRAESTRUTURA

A região Nordeste é a única que identifica a falta de infraestrutura física como aspecto regional que fragiliza as intervenções propostas pelo espaço investigativo da sífilis:

"Insuficiência de apoio e infraestrutura para realização das atividades de investigação. Exemplo: computadores e internet (E17 - Nordeste)."

Esse dado está alinhado aos estudos de Souza, Medeiros, Gurgel e Albuquerque (2014), os quais abordam que para realizar ações locais é necessário existir uma infraestrutura adequada à necessidade das atividades do setor.

Quadro 20. Características socioculturais que fragilizam as intervenções locais propostas pelo espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
RECURSOS HUMANOS		Rotatividade dos profissionais.	Rotatividade dos profissionais.	Rotatividade dos profissionais.	
			Sobrecarga dos profissionais da saúde.		
GESTÃO DO CUIDADO	Gestão do cuidado fragilizada.	Gestão do cuidado fragilizada.	Gestão do cuidado fragilizada.		Gestão do cuidado fragilizada.
ACESSO		Barreira de acesso aos serviços de saúde.	Barreira de acesso aos serviços de saúde.		
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Falta de ações de educação sobre prevenção e promoção da saúde para população.		Falta de ações de educação sobre prevenção e promoção da saúde para população.		
POPULAÇÃO E TERRITÓRIO	Populações em situação de vulnerabilidade.	Populações em situação de vulnerabilidade.	Populações em situação de vulnerabilidade.	Populações em situação de vulnerabilidade.	Populações em situação de vulnerabilidade.
	Baixa renda e escolaridade da população.	Baixa renda e escolaridade da população.	Baixa renda e escolaridade da população.		
		População flutuante.	População flutuante.		
		Estados com curta extensão territorial.			Estados com curta extensão territorial.

			Posicionamentos machistas.	Posicionamentos machistas.	
					Não aderência ao biomédico.
				Coordenações resistentes.	
					Impasses políticos.
COBERTURA APS	Baixa cobertura da APS.				
INFRAESTRUTURA			Falta de infraestrutura física.		

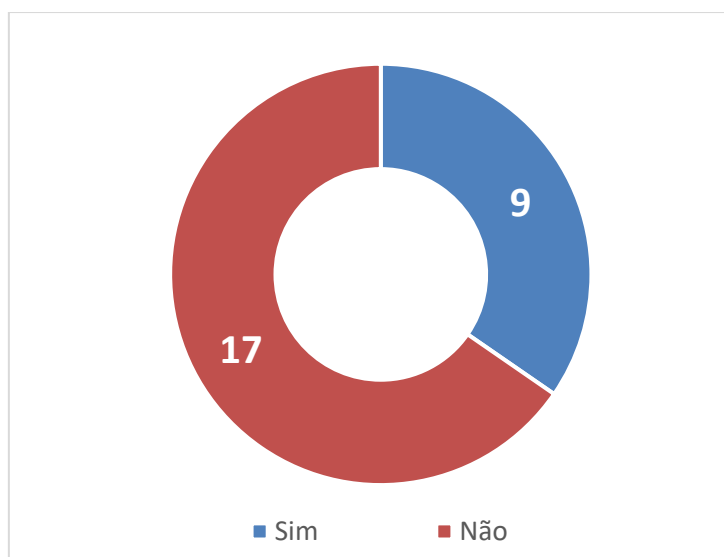
Fonte: Elaboração própria, 2022.

12.3. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS PARA ATENDER OS CRITÉRIOS DE INVESTIGAÇÃO PROPOSTOS PELO PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014)

No Gráfico 33 observa-se que apenas 9 (35%) das UF afirmam que a Rede de APS do seu território encontra-se com condições estruturais e funcionais para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo de Investigação do MS (2014), com destaque para a região Nordeste (Gráfico 34).

Gráfico 33. Condições estruturais e funcionais da Rede de Atenção Primária à Saúde para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), Brasil, 2022.

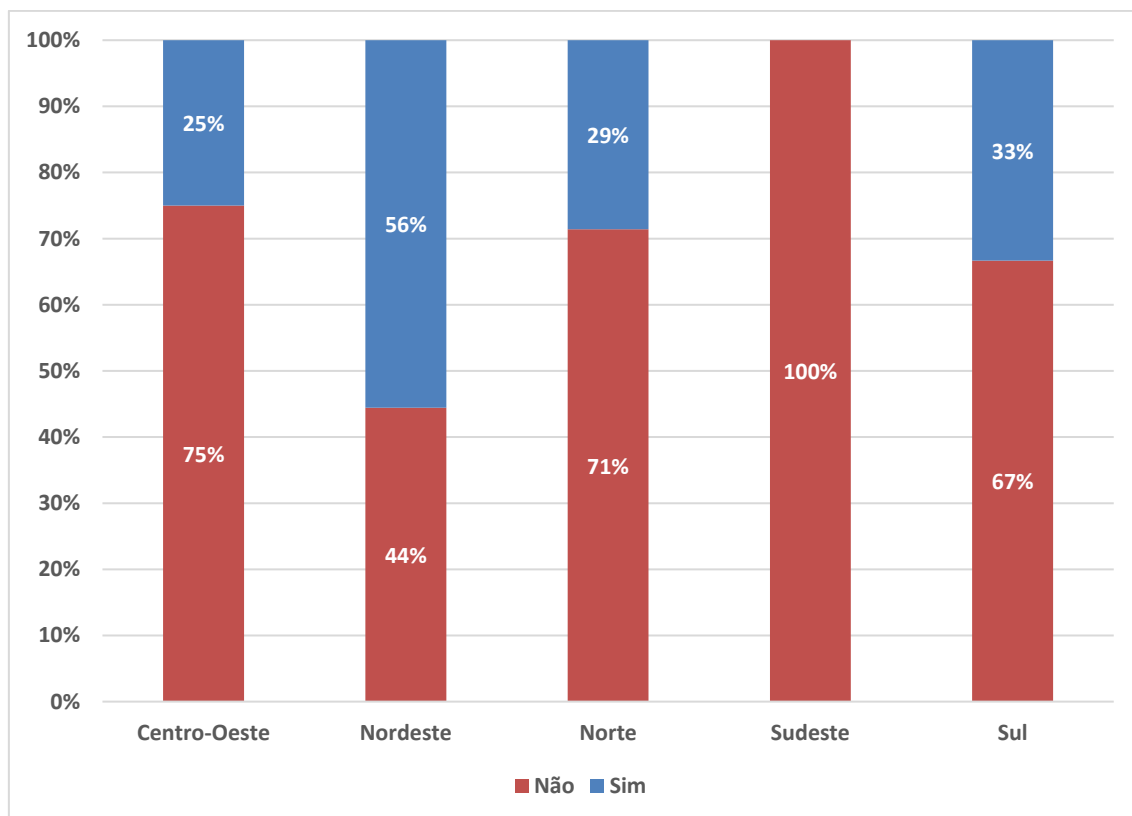
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 34. Percentagem das condições estruturais e funcionais da Rede de Atenção Primária à Saúde para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Autores afirmam que no Brasil há uma diversidade geográfica, social, cultural, e étnica com grandes disparidades regionais, desde aspectos de financiamento, até mesmo de infraestrutura (Simão & Orellano, 2015; Ribeiro, 2019). Para Rodrigues-Filho (1987) os recursos de saúde, desde longa data, foram acumulados nas áreas mais ricas do Brasil, a exemplo a região Sudeste. No entanto, para as diversas regiões brasileiras percebemos que há fragilidades na RAS do território, notoriamente pra a região Sudeste (Gráfico 34).

Para aqueles que afirmaram que a Rede de APS encontra-se em condições estruturais e funcionais para atender aos critérios de investigações do Protocolo do Ministério da Saúde (2014), as ponderações convergem com dados empíricos desta pesquisa doutoral já apresentados, quais sejam: ter alta cobertura da APS e equipes multidisciplinares, ter profissionais capacitados na RAS, ter fluxos

estabelecidos para o registo das informações, ter disponível a oferta de insumos para prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e ter integração da RAS - principalmente entre as áreas APS e VS:

“Há cobertura de quase 80% de APS e equipes multidisciplinares. Praticamente 95% de cobertura de ACS (E1 – Centro-Oeste).”

“Por possuir instrumentos necessários para eliminação da sífilis: profissionais capacitados, oferta de insumos de prevenção, teste rápido, VDRL, medicação, e também profissionais capacitados para administrar medicação (E12 – Nordeste).”

“(...) a Vigilância em Saúde é integrada à APS (E16 – Sul).”

Já para aqueles que negaram ter condições estruturais e funcionais da Rede de APS para atender os critérios de investigação propostos pelo Protocolo do MS (2014), conforme relatos abaixo, por mais que outros temas tenham surgido de forma tímida, como exemplos, a falta de organização da RAS para disponibilização de insumos para a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, o principal motivo que todas essas regiões brasileiras trouxeram foi a falta de recursos humanos – desafio já identificado no decorrer dos achados empíricos desta pesquisa doutoral:

“Existe muita rotatividade de profissionais e uma grande demanda de trabalho com diversas prioridades (E1 – Sul).”

“Muitos locais não possuem profissionais com funções definidas para investigar os casos e aliado a isso temos a sobrecarga de serviço e rotatividade de profissionais (E4 – Nordeste).”

“As equipes de APS nem sempre estão completas (E5 – Norte).”

“Falta capacitação, educação continuada, falta números²⁹ de profissionais, falta de interesse dos profissionais, de adesão das secretarias municipais (diagnóstico, tratamento, acompanhamento) (E7 – Centro-Oeste).”

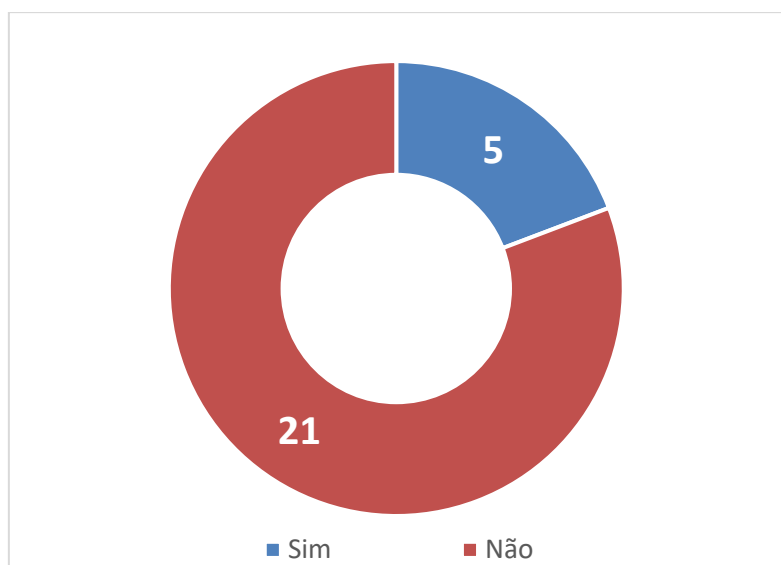
²⁹ O informante-chave refere-se a escassez de profissionais.

“A APS possui uma alta demanda de trabalho e reduzido número de recursos humanos. A alta rotatividade de profissionais na APS é um fator extremamente relevante, dificultando muito os processos de trabalho. Nos Municípios, ainda temos a estrutura física das unidades que conta como um fator dificultador. É necessário investimentos para que possamos contar com estruturas físicas e de equipamentos adequados para o desenvolvimento das atividades (E24 - Sudeste).”

Tratando-se dos gestores, a negativa foi ainda maior. No Gráfico 35 observa-se que 81% (21) das UF afirmam que seus gestores não se encontram treinados e motivados para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do MS (2014). Dos 5 Estados que sinalizam ter gestores treinados e motivados, a resposta foi dada por apenas três estados da região Nordeste, um da região Sul e um da região Sudeste (Gráfico 36).

Gráfico 35. Gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde treinados e motivados para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), Brasil, 2022.

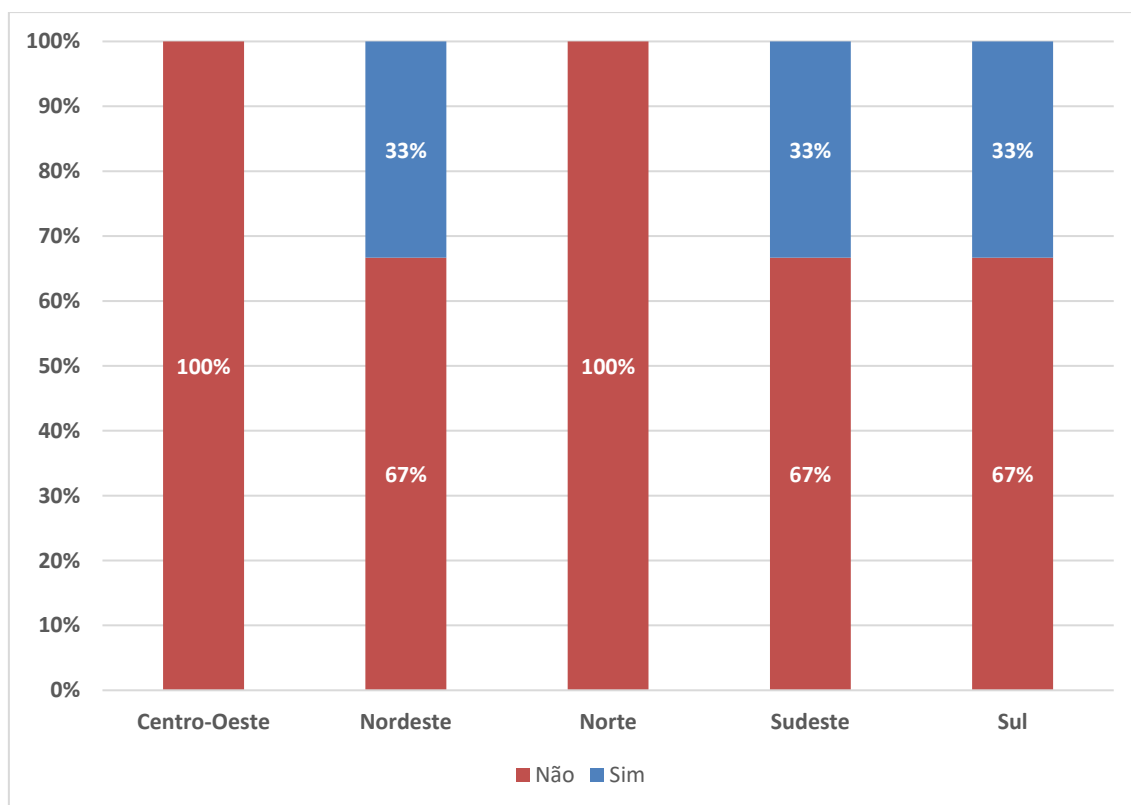
N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Gráfico 36. Percentagem de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde treinados e motivados para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do Ministério da Saúde (2014), por região, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para os 5 Estados que referiram ter gestores e profissionais de saúde da APS treinados e motivados para atender aos critérios de investigação propostos pelo Protocolo do MS (2014), o principal motivo converge com a literatura, o da realização de ações educativas como estratégia para gerar o pensamento reflexivo e desenvolver o conhecimento (Candeias, 1988; Gonçalves, Carvalho, Fernandes, Veloso, Santos, Sousa & et al, 2020): “Temática sempre trabalhada e oferta de capacitação (E12 – Nordeste).”

Em contrapartida, as outras 21 UF que afirmam que seus gestores e profissionais não estão treinados e motivados para atender aos critérios de investigação, o principal motivo é a falta de educação permanente/continuada, unido à falta de recursos humanos e a alta rotatividade dos profissionais:

“Falta de interesse, falta de capacitação dos novos profissionais contratados nos Municípios, e falta de educação continuada aos profissionais já efetivo nas secretarias municipais (E8 – Centro-Oeste).”

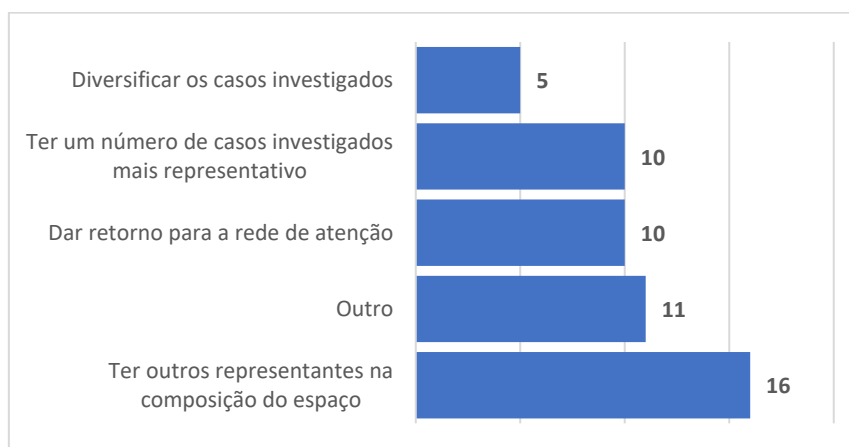
“O manejo da sífilis por si só é uma área complexa, e os profissionais realizam muitas outras atividades além da sífilis. Não estão capacitados adequadamente e tem muita rotatividade de profissional (E10 – Norte).”

No Gráfico 37 os informantes-chave destacam pontos do que precisa ser melhorado no espaço que realiza as investigações da sífilis para qualificação da gestão dos casos pelos espaços investigativos. Nesse sentido, 62% (16) das UF abordam a necessidade de ter outros representantes na composição do espaço investigativo, 38% (10) dar retorno para a RAS, 38% (10) ter um número de casos investigados mais representativo, 19% (5) diversificar os casos investigados e 42% (11) sinalizaram outros motivos, como sejam: ratificam a necessidade de dar *feedback* para a RAS e ter outros representantes integrando o espaço investigativo, bem como a necessidade de organizar a RAS e formalizar o espaço investigativo e/ou a sua própria implementação.

Para o último ponto, embora a formalização do espaço investigativo não impeça a realização das atividades, no estudo de Rodrigues, Barreto e Mareco (2020) foi também ponderada a importância da formalização do espaço investigativo para a sua implementação e sustentabilidade.

Gráfico 37. Pergunta: O que precisa melhorar no processo de trabalho do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis?, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

12.4. IMPORTÂNCIA DOS ESPAÇOS INVESTIGATIVOS PARA A PTVS

No Quadro 21 observa-se que todas as UF afirmam que os espaços investigativos da TV são fundamentais para os entes federados, por: analisar eventos e agravos evitáveis, apontar medidas de intervenção e qualificar a rede de VS e APS. Todos esses aspectos que corroboram com a descrição sobre o papel dos espaços investigativos trazida no Protocolo de Investigação da TV do MS (2014), e que são fundamentais para a gestão dos casos de sífilis na RAS e conseqüentemente para a PTVS no território (Mareco, Lima, Santos e Horta,2021).

Quadro 21. Relatos sobre a importância do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis, Brasil, 2022.

TEMA	RELATOS
<p>ANÁLISE DE EVENTOS E AGRAVOS EVITÁVEIS</p>	<p>"Porque só através da investigação é que iremos identificar as falhas no processo assistencial (E10 - Norte)."</p> <p>"Porque a investigação dos óbitos pode contribuir para o mapeamento e identificação de problemas na rede de atenção primária (E18 - Sudeste)."</p> <p>"Sem o fomento das investigações não será possível detectar as lacunas assistenciais que desencadeiam na ocorrência de sífilis (E11 - Nordeste)."</p> <p>"Prevenir e acompanhar o agravo (E15 - Centro-Oeste)."</p>
<p>APONTAR MEDIDAS DE INTERVENÇÃO</p>	<p>"Nesse espaço pode colaborar com estratégias de intervenção para a prevenção e controle da sífilis, sífilis materna e sífilis congênita. Assim, reduzir a mortalidade por sífilis congênita em MT (E25 - Centro-Oeste)."</p> <p>"Para orientação e direcionamento das equipes municipais com o intuito da redução de casos (E9 - Norte)."</p> <p>"Porque dessa forma pode propor ações respostas rápidas e efetivas para o enfrentamento da sífilis (E6 - Nordeste)."</p> <p>"Porque sensibiliza e articula com a rede a tomada de decisão (E2 - SUL)".</p> <p>"Para proposição de recomendações para qualificação da assistência e da gestão o enfrentamento da transmissão vertical da sífilis (E1 - Centro-Oeste)".</p> <p>"Importante também para avaliar as ações desenvolvidas e propor melhorias (E24 - Sudeste)."</p>
<p>QUALIFICAR A REDE DE VS E APS</p>	<p>"Quando se envolve o estado numa rede de detecção de falhas se aprimora os trabalhos de APS, qualificado a rede de saúde (E21 - Norte)."</p> <p>"Pois contribuirá significativamente com o fortalecimento da RAS, processos de trabalho e qualidade da atenção e vigilância (E17 - Nordeste)."</p> <p>"A partir do momento que se propõe uma discussão de conduta frente aos casos de sífilis, busca-se a melhoria não somente da qualidade na assistência, mas também na vigilância e gestão (E24 - Sudeste)."</p>

Fonte: Elaboração própria, 2022.

No Gráfico 38 observa-se que 85% (22) UF afirmam que o processo de implementação dos espaços investigativos devem ser diferenciados de acordo com as especificidades de cada UF brasileira, e os principais motivos considerados pelos informantes-chave são: o respeito, as características específicas do território, como exemplo, ter maior concentração de populações em situação de vulnerabilidade e com práticas de saúde diferenciadas, unido ao respeito às dinâmicas territoriais da RAS e seus recursos disponíveis:

“O processo deve contemplar características específicas, como por exemplo, no nosso caso: população indígena, ribeirinhos, populações flutuantes (mão de obra temporária) e populações fronteiriças (E1 – Centro-Oeste).”

“Considerando a conformação da RAS, disponibilidade de tecnologias e instrumentos que favoreçam a investigação e discussão (E3 – Nordeste.”

“Os comitês municipais devem ser organizados conforme as possibilidades de cada território. Alguns comitês de TV iniciaram seu funcionamento junto ao CMM fetal já existente nas suas regiões (E8 – Sul)”.

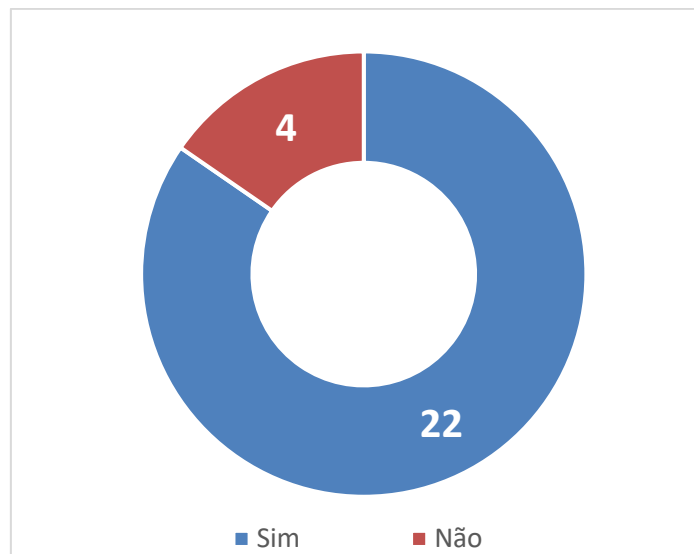
“Cada estado apresenta especificidades diferentes, no contexto cultural, principalmente da adesão das gestantes ao pré-natal (E13 – Norte).”

“O tema é cercado de muitos mitos e tabus, ou seja, de origem muito ligada às culturas locais e regionais. Da mesma forma aspectos ligados à prevenção são muito sensíveis àqueles relacionados à constituição da masculinidade, por exemplo, que têm uma constituição cultural forte que deve variar em um país com dimensões tão grandes e culturas tão diversas como o Brasil (E18 – Sudeste)”.

Já 15% (4) das UF informam que o processo de implementação dos espaços investigativos não precisa ser diferenciado pelo motivo do documento normativo do MS (2014) ter sido elaborado para utilização de todos os entes federados com uma mesma diretriz.

Gráfico 38. Pergunta: Na sua opinião, o processo de implementação dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis deve ser diferenciado de acordo com as especificidades culturais de cada uma das UF?, Brasil, 2022.

N=26



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Trazendo a interface dos aspectos interculturais e as dinâmicas territoriais para a PTVS, e alinhado às UF que sinalizam que devem ser observado os aspectos culturais na implementação da agenda pública, várias literaturas nacionais e internacionais têm ponderado que para ampliar ainda mais as políticas públicas de saúde de forma que ela atinja a completude da equidade e sejam culturalmente adaptadas desde a sua elaboração, devendo levar-se em consideração os DSS, os quais rodeiam as condições de vida dos indivíduos e possibilitam ter um olhar mais qualificado e ampliado sobre o perfil e necessidades de determinadas populações e grupos (Kleinman, 1978, 1980; Almeida-Filho, Kawachi, Pelegrini-Filho & Dachs 2003; Ramos, 2004, 2007, 2008a,b, 2009a, 2012a,b,c, 2016, 2021; Granada, Carreno, Ramos, Ramos, M. (2017).

12.5. ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES PERDIDAS NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

No Quadro 22 observa-se que todas as regiões brasileiras trazem a temática dos recursos processuais e estruturais, e, a educação permanente como estratégica para identificar as possíveis oportunidades perdidas na PTVS.

Todas as regiões brasileiras destacam o trabalho em rede e a realização da investigação e discussão dos casos como estratégias dos espaços investigativos para identificar as possíveis oportunidades perdidas para a prevenção da TV da sífilis.

Outrossim, os informantes-chave pontuam a intersectorialidade como estratégias realizadas, seja na integração com outras áreas ou com outros espaços investigativos:

"Integração - da Diretoria da Vigilância Epidemiológica e Diretoria da APS por meio de reuniões com os Apoiadores Institucionais Regionais; Apresentação, por região de saúde, do panorama epidemiológico da Sífilis e principais desafios para a redução de casos de sífilis (E11 - Nordeste)."

"O CITV do estado é interligado com todos os outros comitês sejam eles regionais ou municipais (E16 - Sul)."

Nesse ponto, organizações nacionais e internacionais, como a OPAS (2010) e o MS do Brasil (2006a) têm destacado a integração intersectorial como ferramenta potente para a agenda de enfrentamento à sífilis nos territórios e conseqüentemente para gestão dos casos.

Já sobre a pauta da realização da investigação e discussão dos casos, há relatos que trazem até o monitoramento da retirada do medicamento para tratamento da sífilis, e, a notificação e monitoramento dos testes reagentes em gestantes como pontos de pauta para identificar oportunidades perdidas:

"Monitoramento da retirada da penicilina para tratamento da sífilis (E9 - Norte)".

"Olhar o banco de dados de notificações e monitoramento dos testes reagentes em gestantes, por planilhas específicas, preenchidas pelas maternidades e casos trazidos pelas regionais e Municípios (E2 - Sul)".

Além disto, as regiões brasileiras, exceto o Centro-Oeste, também pontuam que proporcionar feedback para a RAS como elemento estratégico para a identificação das oportunidades perdidas, como exemplo, um estado da região Norte relata: "Reunir com a equipe da unidade de saúde onde ocorreu um caso de sífilis congênita, e propor melhorias na qualidade do pré-natal (E13 – Norte)".

Por fim, tratando-se da temática da educação permanente, foi unânime entre as regiões brasileiras, a ponderação da oferta de capacitações para os profissionais da RAS como ponto estratégico dos espaços investigativos estaduais e do Distrito Federal para identificar as possíveis oportunidades perdidas para a prevenção da TV da sífilis: " [Realizar capacitações] levando as normatizações do PCDT das IST, Guia de Certificação para Eliminação Vertical e outros instrumentos sejam de fato compreendido e operacionalizado em todos os pontos da rede de atenção à saúde (Atenção Primária, Especializada, Vigilância, Maternidades e outros)" (E25 – Centro-Oeste)."

Para esse último relato, Candeias (1988) e Gonçalves, Carvalho, Fernandes, Veloso, Santos, Sousa & et al (2020) afirmam que durante encontros de educação em saúde há troca de diálogos entre os atores territoriais, e esse fato corrobora para identificar os desafios e potencialidades do território para enfrentamento de um problema.

Além disto, a literatura nacional e internacional também afirma que considerar as diferenças epistemológicas e seus significados fortalece os políticas públicas de saúde e o alcance de estratégias inovadoras para a prevenção das IST (Lopes, 2007; Dias, Gama, Severo & Barros, 2010; Ramos, 2009a, 2011, 2012a; Gomes, 2012; Santos, 2016).

Quadro 22. Estratégias dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis para identificar as possíveis oportunidades perdidas para a Prevenção da transmissão vertical da sífilis, por região, Brasil, 2022.

TEMA	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
RECURSOS PROCESSUAIS E ESTRUTURAIIS	Trabalhar em rede (intersectorialidade).	Trabalhar em rede (intersectorialidade).	Trabalhar em rede (intersectorialidade).	Trabalhar em rede (intersectorialidade).	Trabalhar em rede (intersectorialidade).
	Realizar investigação (busca ativa, visita domiciliar, avaliação do prontuário, dados do SINAN, grupo de trabalho) e discussão dos casos.	Realizar investigação (busca ativa, visita domiciliar, avaliação do prontuário, dados do SINAN, grupo de trabalho) e discussão dos casos.	Realizar investigação (busca ativa, visita domiciliar, avaliação do prontuário, dados do SINAN, grupo de trabalho) e discussão dos casos.	Realizar investigação (busca ativa, visita domiciliar, avaliação do prontuário, dados do SINAN, grupo de trabalho) e discussão dos casos.	Realizar investigação (busca ativa, visita domiciliar, avaliação do prontuário, dados do SINAN, grupo de trabalho) e discussão dos casos.
		Produzir feedback para a RAS realizar intervenções.	Produzir feedback para a RAS realizar intervenções.	Produzir feedback para a RAS realizar intervenções.	Produzir feedback para a RAS realizar intervenções.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Ofertar capacitações para os profissionais da RAS.	Ofertar capacitações para os profissionais da RAS.	Ofertar capacitações para os profissionais da RAS.		Ofertar capacitações para os profissionais da RAS.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

CONCLUSÃO

A investigação da transmissão vertical (TV) da sífilis no Brasil ocorre em diversos espaços investigativos nas Unidades Federativas (UF) e com a nomenclatura ou não de comitê de investigação da transmissão vertical da sífilis (CITV). As suas organizações, processos de trabalho, dinâmicas, e critérios para investigação e gestão dos casos de sífilis são múltiplos e específicos em cada região e até entre seus Estados. Há diferenças desde a situação em que se encontram em termos de implementação de serviços, na organização de suas agendas e dos processos de trabalho, no foco sobre o seu papel, e até mesmo nos fluxos de mobilidade dos membros dos espaços investigativos.

O número de encontros formais ou não dos profissionais dos espaços investigativos da sífilis não impacta nas investigações dos casos, ou seja, há estados em que há encontros periódicos e as investigações não estão acontecendo; enquanto outros que não têm agendas periódicas permanecem realizando investigações. É preciso compreender as razões dessas discrepâncias. Quanto à não ocorrência das agendas periódicas de encontros, os principais motivos estão relacionados tanto à não prioridade para aquela UF, como à falta de organização e de ter ou não membros suficientes no grupo. De qualquer maneira, estudos futuros deverão aprofundar-se nessas questões.

O foco prioritário da investigação da TV em sífilis em todas as regiões brasileiras são os casos de sífilis congênita precoce e os óbitos por sífilis, e, em menor proporção os natimortos por sífilis e os casos de aborto. É importante ressaltar que os casos de crianças expostas à sífilis não são investigados ou não são identificados por nenhuma UF da região Norte. Esse fato é preocupante, pois a investigação desses casos poderia detectar e corrigir elementos sobre o cuidado pré-natal e também promover encaminhamentos para a prevenção e atenção a essas crianças nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O número de casos investigados nas UF é maior do que o número de retornos ou de *feedback* dado para as RAS. Ou seja, o papel de qualificação da RAS a partir dos desfechos encontrados nos casos investigados não está acontecendo

oportunamente. Ao mesmo tempo, há baixo acompanhamento dos casos confirmados de crianças com sífilis pelos membros dos espaços investigativos nas RAS. Uma constatação preocupante é a razão do não acompanhamento. Parte dos representantes dos espaços investigativos consideram essa responsabilidade apenas dos técnicos de vigilância e assistência que estão na RAS. Ou seja, não é percebido e nem exercido o papel de integração que os espaços investigativos têm no processo de prevenção da transmissão vertical da sífilis (PTVS).

Quanto aos desfechos de sífilis congênita, de acordo com este estudo, os principais motivos encontrados pelos espaços investigativos para a sua ocorrência nas regiões brasileiras estão associados a falhas durante o pré-natal, notoriamente nas áreas de assistência e vigilância, designadamente: a falta de diagnóstico da gestante e parceria sexual em tempo oportuno ou diagnóstico incorreto; a falta de tratamento oportuno e adequado às gestantes e parcerias sexuais; a falta de acompanhamento da gestante e parceria sexual durante o pré-natal; a ausência de informações, atualização ou inconsistências nos prontuários, cadernetas, livros e ficha de notificação durante o pré-natal; e, a falta de realização de mais investigação dos casos para entender as oportunidades perdidas na RAS para a PTVS.

A investigação dos casos e as suas conclusões estimulam a intervenções na RAS, principalmente nas áreas da assistência e vigilância das UF. Tais intervenções são direcionadas a qualificar a RAS a partir da resolução dos casos investigados.

Para a área da assistência, as principais intervenções que deveriam ser fomentadas e realizadas nas RAS das regiões brasileiras são: intensificar a testagem e tratamento da gestante e parceria sexual; realizar capacitações sobre manejo clínico (diagnóstico, tratamento e seguimento correto dos casos de sífilis) para os profissionais da saúde; elaborar e debater sobre o relatório das investigações junto à RAS; e realizar assessorias, matriciamento e supervisões para a RAS. Quanto à área de vigilância, as principais intervenções para serem realizadas nas RAS das regiões brasileiras são: qualificar o monitoramento dos casos durante o pré-natal; qualificar os registros de informações (notificação,

prontuário, caderneta, livros, etc); orientar e assessorar a RAS sobre o fechamento do caso; realizar capacitações para os profissionais de saúde, com foco na vigilância e na informação, comunicação e interculturalidade em saúde. Com efeito, a área da saúde e em particular a prevenção e intervenção no âmbito da sífilis, não tem contemplado devidamente as dimensões comunicacionais, sociais e multi/interculturais, como alguns estudos e dados desta pesquisa parecem indicar.

Rodrigue e Ramos (2017) abordam que a comunicação em saúde só será eficiente quando ela for culturalmente adaptada. Além disso os autores abordam que para as pactuações das intervenções serem continuadas elas devem estar alinhadas as diversidades culturais dos territórios, com respeito as dimensões interculturais, designadamente na informação, comunicação e intervenção em saúde. Outrossim, Nabais e Ramos (2017) afirmam que a postura daqueles que propagam as intervenções devem pautar-se pela comunicação adequada e flexível para o alcance do objeto. Nesse sentido, para atender as expectativas Reis e Ramos (2017) pontuam a importância dos profissionais da saúde conhecerem e atualizarem-se sobre comunicação intercultural e contextos multiculturais.

Os dados mostraram o impacto do *Projeto Sífilis Não!* no tocante ao trabalho de campo no território para a priorização da temática da sífilis na agenda da gestão de saúde local. Quanto aos espaços investigativos, observou-se os esforços desse Projeto para incluir o tema da sífilis nas agendas daqueles que já investigavam mortalidade materna ou TV do HIV, ao mesmo tempo em que estimulou, por meio do apoio institucional, ações direcionadas à prevenção da sífilis, integração entre assistência e vigilância, educação permanente e disseminação das ações de informação e comunicação, essas últimas dando visibilidade à magnitude da transmissibilidade do agravo, com destaque para a TV da sífilis, designada como sífilis congênita. Corroborando com esses dados, as pesquisas de Rocha (2022) e Pinto (2022) destacam mudanças relevantes nos dados sobre o percurso da sífilis, especialmente a redução, sobretudo da sífilis congênita, a partir das induções do *Projeto Sífilis Não!*.

Assim mesmo, conclui-se que apesar da priorização da sífilis ter acontecido nos últimos anos nas agendas da gestão de saúde nos territórios, no caso dos espaços de investigação ainda é importante o fomento de ações mais incisivas para que a PTVS permaneça na agenda da investigação epidemiológica local como prática multidisciplinar da vigilância e assistência. Verificou-se ainda que embora todas as regiões brasileiras abordem a importância do espaço investigativo para analisar eventos e agravos evitáveis, apontar medidas de intervenção para a RAS, e qualificar a rede de vigilância e atenção, tais ações não vêm sendo contudo realizadas nem aproveitadas como instrumentos de fortalecimento da resposta à sífilis congênita nas UF, ou seja, não têm cumprido efetivamente o seu papel para tais fins, muito menos a RAS tem realizado o acompanhamento dos casos. O que gera o questionamento sobre se esse formato de ação no modelo de comitê ou comissão constitui um caminho capaz de efetivamente incidir na PTVS e na redução do número de casos no Brasil.

Até mesmo os espaços investigativos das regiões Sul e Sudeste, que apresentam as melhores condições estruturais e funcionais para desenvolver a agenda da investigação e gestão dos casos de sífilis congênita nos territórios, não têm cumprido o seu papel, seja pela forma como estão organizados, ou pelas especificidades de suas dinâmicas de organização, gestão e processos de trabalho, que não priorizam a prática da investigação dos casos de sífilis.

O estudo evidenciou a incapacidade de os espaços investigativos atuarem efetivamente na integração intersetorial, sobretudo na articulação entre a assistência e vigilância nas diferentes regiões brasileiras, ou seja, no seu papel de fortalecer a gestão dos casos nas RAS. Dentre os motivos apontados, isso ocorre devido à falta de articulação e de sistematização do processo de trabalho entre as áreas, principalmente pela falta de recursos humanos, priorização da UF, infraestrutura e sistema de compartilhamento de cuidado.

Os CITV são recomendados pelas diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil em 2014. Nelas, entende-se que partir de um caso investigado, é possível refletir sobre intervenções necessárias para qualificar a RAS de forma que poderá evitar a ocorrência de um novo caso por motivo já conhecido, ou

seja, quanto mais casos investigados, mais variáveis para o desfecho desfavorável são encontradas, e mais intervenções e qualificações na RAS poderão ser realizadas com a finalidade de dar uma resposta rápida à sífilis e contribuir para a PTVS.

No entanto, esta pesquisa identificou que o protocolo institucional para a implementação dos comitês no formato de reuniões sistemáticas e burocráticas, pode estar a dificultar as ações de investigação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022) destaca como um dos critérios de certificação da eliminação da TV da sífilis o país ter sistemas eficazes para a gestão de casos dos agravos transmissíveis. No Brasil, a investigação de casos poderia ser mais célere e mais eficaz na integração das áreas de vigilância e atenção, se implementasse um sistema de gestão de casos de maneira automatizada.

Algumas iniciativas estão em curso no Brasil na tentativa de fornecer aos territórios ferramentas de integração que fortaleçam o trabalho conjunto entre a atenção e a vigilância nas RAS para o alcance efetivo da gestão de casos e alcance do cuidado integral prestado aos usuários.

Uma iniciativa inovadora trazida pelo *Projeto Sífilis Não!* a partir da experiência do apoio institucional nos territórios, foi o desenvolvimento do sistema para monitoramento inteligente de agravos na atenção e vigilância, intitulado de *Salus*, visto que esse sistema possibilita automatizar o gerenciamento de casos de sífilis (Morais, 2021). Ele vem sendo implantado por alguns municípios e tem sido apontado como importante ferramenta para análise de fatores e agravos evitáveis pela sífilis a partir da gestão dos casos, porque reúne dados de vigilância e atenção, além de apresentar painéis de indicadores e cenários locais que facilitam a tomada de decisão do gestor no território, evitando que este fique esperando os dados que vêm do nível central e que são consolidados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com um ano de defasagem.

Sugere-se ainda novos estudos que aprofundem o tema do modelo de gestão de casos para a PTVS, designadamente identificar como é feita a gestão dos casos de agravos transmissíveis em outros contextos culturais e países,

especialmente aqueles que já estão certificados pela eliminação da sífilis congênita, a exemplo Cuba, que mesmo com baixos indicadores sociais e econômicos, foi o primeiro país no mundo a ser certificado pela eliminação da sífilis congênita no ano de 2015.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Houve dificuldade no levantamento bibliográfico para a elaboração dos capítulos teóricos e discussão, pois quase não há estudos que aprofundem o papel dos CITV, sobretudo nos seus aspectos intrínsecos às práticas e perspectivas multi e interculturais que incidem na sua implementação, contextualização, sustentabilidade, dinâmicas, organização, processo de trabalho, dentre outros. Uma hipótese para tal dificuldade poderá dever-se ao fato de as diretrizes dadas para o funcionamento e sustentabilidade dos CITV serem nacionais, não tendo em conta dimensões específicas e contextuais muito importantes neste âmbito e também a falta de sensibilização e de formação de responsáveis e profissionais de saúde na área da comunicação e interculturalidade.

Cabe mencionar, que os territórios e processos de pesquisa são dinâmicos, e os dados encontrados fazem parte de um “retrato” do momento desta pesquisa. Nesse sentido, novos estudos seriam importantes, os quais poderão constatar outros achados e análises, bem como explorar alguns dos resultados desta pesquisa e outros elementos e dimensões que não puderam ser analisados ou aprofundados devidamente, dadas as limitações de tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam & Herzlich. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração de Jesus.

Agranonik, M. (2016). *Desigualdades no acesso à saúde. Carta de Conjuntura*. Ano 25 nº 08. Governo do Rio Grande do Norte. Acedido janeiro 20, 2021, em <http://carta.fee.tche.br/article/desigualdades-no-acesso-a-saude/>

Albuquerque, A. C.; Cesse, E. A. P.; Samico, I. C.; Felisberto, E.; Frias, P. G. & Silva, G. C. (2021). Desafios para regionalização da vigilância em saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 45 (128). Acedido agosto 19, em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3z5xDSJ6jRkM7QsKLVrWXBv/>

Albuquerque, M. V.; Viana, A. L. D.; Lima, L. D.; Ferreira, M. P.; Fusaro, E. R. & Lozzi, F. L. (2017). Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (4). Acedido janeiro 18, 2021, em <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>

Almeida, J. F. (2013). Ética da investigação em ciências sociais. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. Sociologia on line*, 6, 69-99. Acedido em abril 25, 2021, em https://www.academia.edu/4995549/Etica_da_investigacao

Almeida Filho, N.; Kawachi, I.; Pelegrini Filho, A. & Dachs, J. N. W. (2003). Pesquisa sobre desigualdades em saúde na América Latina e Caribe: análise bibliométrica (1971-2000) e análise descritiva de conteúdo (1971-1995). *Am J Saúde Pública*, 93(12), 2037-43. Acedido janeiro 02, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14652329/>

Almeida, P. F.; Medina, M.G.; Fausto, M. C. R.; Giovanella, L.; Bousquat, A. & Mendonça, M. H. M. (2018). Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42 (spe1) Set 2018. Acedido agosto 16, 2021, em <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/>

Almeida, E.R.; Sousa, A.N.A.; Brandão, C.C.; Carvalho, F.F.B.; Tavares, G. & Silva, K.C. (2018). Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*, 42:e180. Acedido outubro 29, 2021, em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>

Alonso González, M. (2010). Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. In *Latin America and the Caribbean: regional monitoring strategy*. Washington: PAHO. Acedido janeiro 03, 2022, em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9992>

Andery, M.A.; Michelletto, N.; Sérgio, T. M. P.; Rubano, D. R.; Moroz, M. & et al. (1988). Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro:

EDUC-Espaço e Tempo. Acedido janeiro 25, 2022, em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3035897/mod_resource/content/1/Texto%20-%20Para%20compreender%20a%20ci%C3%Aancia.pdf

Antunes, R. (2010). *Classes sociais e a desigualdade na saúde*. CIES e-Working Paper, n. 85/2010. Acedido janeiro 25, 2022, em <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/1610/1/CIES-WP85%20Antunes.pdf>.

Antunes, J. L. F. (2015). Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. *Tempo Social, USP*, 27 (1), Acedido agosto 16, 2021, em <https://www.scielo.br/j/ts/a/XzdBYFSwFFv55rtjKdxkSRD/?lang=pt&format=pdf>

Araújo, C.L., Shimizu, H.E., Sousa, A.I.A., & Hamann, E.M. (2012). Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 46(3), 479-86. Acedido janeiro 04, 2022, em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzWDZTVcgztjhcxgYVb75Ky/?format=pdf&lang=pt>

Araújo, J. P.; Silva, R. M. N.; Collet, N.; Neves, E. T.; Toso, B. R. G. O., & Viera, C. S. (2014). História da Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira Enfermagem*, 67(6), 1000-7. Acedido dezembro 13, 2021, em <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20partir%20de%201984%2C%20o,se%20refere%20%C3%A0%20sua%20sobreviv%C3%Aancia>

Arreza, A. L. V. & Moraes, J. C. (2010). Vigilância em saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Temas livres, ciênc. Saúde Coletiva*, 15 (4), Jul 2010. Acedido outubro 27, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>

Assis, M. M. A. & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865-2875. Acedido janeiro 20, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>

Avelleira, J.C.R., & Bottino G. (2006). Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*, 81(2), 111-26. Acedido dezembro 14, 2021, em <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQcfWSkPL/?lang=pt>

Bäckström, B. (2010). O acesso à saúde e os factores de vulnerabilidade na população imigrante. *Alicerces, III (3)*, 79-90. Acedido janeiro 20, 2021, em <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/642>

Bardin, Laurence. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo e Lisboa: Edições 70.

Bastos, A. Q., Almeida, A. R., Carneiro, C. M. M., Rivemales, M. C. C., Paiva, M. S. (2012). Produção científica sobre DST/HIV/AIDS: análise de periódicos de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 26 (1), 423-435.

Batistella, C. (2007). *Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 25-49. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Acedido janeiro 05, 2022, em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39209/2/O%20territ%C3%B3rio%20e%20o%20processo%20sa%C3%BAdedoen%C3%A7a%20%20Sa%C3%BAde%20Doen%C3%A7a%20e%20Cuidado.pdf>

Batista, J. B. (2019). *Educação em saúde, prevenção e tratamento da sífilis: desafios e possibilidades*. Trabalho de conclusão de especialização – pós-graduação em Gestão em Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil. Acedido agosto 15, 2021, em https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1780/1/2019_arti_joir_abarbosa.pdf

Bebiano, A. (2014). Gayatri Spivak- a teoria como prática de vida. In UNIPOP, *Pensamento Crítico Contemporâneo*. Lisboa: Edições 70, p. 378 – 396.

Bentin, M. R. (2019). Importância do seguimento no tratamento da sífilis congênita. *SPSP*, 2 (5), 9-10. Acedido agosto 29, 2022, em <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>

Boltaski, L. (1979). *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Graal.

Borges, C. A. (2016). *O papel da secretaria estadual de saúde na implementação dos comitês de investigação de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharel em Políticas Públicas - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido agosto 01, 2021, em <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157057/001017474.pdf?sequence=1&isAllowed=yc>

Borja, R. & Ramos, M. N. (2020). Behavior and beliefs related to success in different generations: intergenerational and intercultural perspectives. *Cadernos de Pesquisa*, São Luís, 28 (4), 337-371. Acedido janeiro 02, 2022, em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/15994/8490>

Brasil, Ministério da Economia. (2022). Sistema eletrônico de Informações – SEI. Acedido agosto 29, 2022, em <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/sei>

Brasil, Ministério da Saúde. (1986). *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Previdência e Assistência Social: Secretário Geral do ministério da Saúde. Acedido junho 24, 2020, em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

Brasil. (1988). *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Acedido novembro 27, 2020, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil, Ministério da Saúde. (1997). Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim Epidemiológico de DST*, ano III, no 1.

Brasil, Ministério da Saúde. (1999). *Política Nacional de DST/AIDS: Princípios e Diretrizes/ Coordenação Nacional de DST e Aids*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido dezembro 14, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. p. 44. Acedido janeiro 26, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2002). *Estudos de prevalência e frequências relativas das DST no Brasil*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Acedido novembro 09, 2021, em <http://www.aids.gov.br/pt-br/ct/0762002>

Brasil, Ministério da Saúde. (2003). *Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Acedido agosto 12, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Boletim de Aids e DST*. Acedido outubro 27, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_marco_2005.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2005a). *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Acedido outubro 27, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2005b). *Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação*. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União. Acedido outubro 28, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2006a). *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Diário Oficial da União. Acedido novembro 29, 2020, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2006b). *Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, 2. ed., 72 p. (Série Manuais 24). Acedido novembro 04, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2006c). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids*. Brasília : Ministério da Saúde, 1ed., 124 p. Acedido agosto 12, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROTOCOLO_PREVENCAO_HIV_SIFILIS.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIB e da Sífilis*. Brasília : Ministério da Saúde, 24 p. Acedido novembro 11, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 3 ed, 104 p. *Editora do Ministério da Saúde*. il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Acedido agosto 02, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2011a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília:1 ed., 44 p. *Editora do Ministério da Saúde*. il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Acedido em outubro 01, 2021, em http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/C%C3%B3pia-de-politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da saúde, Diário Oficial da União. Acedido outubro 14, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Portaria Nº 1.378, DE 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União. Acedido outubro 14, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2014a). *Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical 2014*. Brasília: 84 p. Acedido novembro 26, 2019, em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>.

Brasil, Ministério da Saúde. (2016a). *Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis congênita no Brasil*. Público Geral. Brasília: 22 p. Acedido dezembro 14, 2021, em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/agenda-de-aco-es-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-congenita>

Brasil, Ministério da Saúde. (2016b). *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016*. Acedido novembro 26, 2020, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20S%C3%ADfilis%202016>.

Brasil, Ministério da Saúde (2016c). *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016*. 47 (35), 32 p. Acedido novembro 26, 2020, em https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/31/2016_030_Sifilis-publicacao2.pdf

Brasil, Ministério da Saúde (2016d). *Manual técnico para diagnóstico da sífilis*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: 71 p. Acedido novembro 27, 2020, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/Manual%20t%C3%A9cnico%20para%20diagno%C3%B3stico%20da%20s%C3%ADfilis>

Brasil, Ministério da Saúde. (2017a). *Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil*. Público Geral. Brasília: 34 p. Acedido junho 10, 2019, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/agenda%20s%C3%ADfilis>

Brasil, Ministério da Saúde. (2017b). *Projeto Interfederativo Resposta Rápida à Sífilis nas redes de Atenção*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2017c). *Guia de Vigilância em Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 2 ed, 741 p. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido agosto 9, 2018, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2017d). *Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. Acedido novembro 11, 2021, em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil, Ministério da Saúde. (2018a). *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018*. 49 (45), 48 p. Acedido novembro 26, 2020, em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/boletim%20sifilis%202018>

Brasil, Ministério da Saúde. (2018b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 184 p . Acedido dezembro 14, 2021, em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>*

Brasil, Ministério da Saúde (2018c). *Guia Política Nacional de Atenção Básica Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 68 p. Acedido dezembro 14, 2021, em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf*

Brasil, Ministério da Saúde. (2018d). *"Sífilis Não" reúne apoiadores para oficina de formação e definir expansão do projeto aos 100 municípios prioritários até 2019. Eventos. Acedido junho 20, 2019, em <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/sifilis-nao-reune-apoiadores-para-oficina-de-formacao-e-definir-expansao-do-projeto-aos-100>*

Brasil, Ministério da Saúde. (2019a). *Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imuno preveníveis e na imunização. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 554 p. Acedido agosto 24, 2021, em <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>*

Brasil, Ministério da Saúde. (2019b). *Boletim Epidemiológico de Sífilis. Número Especial, 44p. Acedido novembro 26, 2020, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/boletim%20sifilis%202019>*

Brasil, Ministério da Saúde. (2019c). *Programação 2020 para os estados e municípios. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: 8 p. Acedido novembro 26, 2020, em <https://saudepulsando.com.br/admin/fotos/arquivo/78.pdf>*

Brasil, Ministério da Saúde (2019d). *Projeto de Resposta Rápida à Sífilis. Acedido junho 23, 2019, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2019/projeto-de-resposta-rapida-a-sifilis-juliana-uesono/view>*

Brasil, Ministério da Saúde. (2020). *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Número Especial, 44 p. Acedido novembro 26, 2020, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>

Brasil, Ministério da Saúde. (2021a). *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2021*. Número Especial, 47 p. Acedido janeiro 15, 2022, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/boletim%20sifilis%202021>

Brasil, Ministério da Saúde (2021b). *Sífilis História, Ciência, Arte*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 92 p. Acedido dezembro 17, 2021, em http://exposifilis.aids.gov.br/docs/catalogo_expo_sifilis.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2021c). *Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed, 48 p. Acedido novembro 13, 2021, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-ou-sifilis-2021/view>

Brasil, Ministério da Saúde. (2021d). *Guia de Vigilância em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 1, 126 p. Acedido novembro 11, 2021, em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/novembro/10/af_gvs_5ed_11nov21_isbn-guia-de-vigilancia-atualizado.pdf/view

Brasil, (2021e). *Testes rápidos – Acesso rápido*. Portal do Governo Brasileiro, Telelab. Apresentação. Acedido outubro 28, 2021, em <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/769>

Brasil, Ministério da Saúde. (2021f). *Manual técnico para o diagnóstico da sífilis*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 70 p. Acedido novembro 11, 2021, em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>

Brasil, Ministério da Saúde (2021g). *Fluxogramas par Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de doenças de Condições Crônicas e infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed, 69 p. Acedido novembro 13, 2021, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-para-manejo-clinico-das-ist/view>

Brasil, Ministério da Saúde. (2021h). *Institucional*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Acedido novembro 09, 2021, em <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-departamento/institucional>

Brasil, Ministério da Saúde. (2022a). *Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção e Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, e Hepatites Virais*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 224p. Acedido novembro 26, 2021, em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf

Brasil, Ministério da Saúde (2022b). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015 p. Acedido setembro 03, 2020, em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/search/content/Protocolo%20Cl%C3%ADnico%20e%20Diretrizes%20Terap%C3%AAuticas%20para%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral%20%C3%A0s%20Pessoas%20com%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis%20%28IST%29>

Brito, L. C. (2016). The crime of miscegenation: racial mixing in slaveholding Brazil and the threat to racial purity in post-abolition United States. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, 36 (72), 107-130. Acedido janeiro 03, 2022, em <https://www.scielo.br/j/rbh/a/pxVhvBvDnJ3ZM8vG6zjVvZN/?lang=pt&format=pdf>

Buss, P. M. & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 77-93. Acedido janeiro 09, 2022, em <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>

Calas, L. B., & Prucchi, J. (2017). Políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS: uma aproximação entre França e Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 23(2), 573-588. Acedido novembro 10, 2021, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000200004

Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57 (5), 611-614. Acedido janeiro 14, 2022, em <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/>

Candeias, N. M. F. (1988). Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. *Memória Histórica*. *Revista Saúde Pública* 22 (4). Acedido

dezembro 23, 2021, em
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/wV7JnZSQ9M3X7tqR3CV3QdB/?lang=pt>

Capella, A. C. N. (2016). Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. Brasil, Felipe Gonçalves. *Revista Política Hoje*. 25 (1), 71-90. Acedido março 16, 2021, em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicohoje/article/viewFile/3710/3012>

Cardoso, S. L.; Souza, M. E. V.; Oliveira, R. S.; Souza, A. F. & et al. (2019). Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. *Revista Interfaces*. 7 (1). Acedido agosto 18, 2021, em <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/viewFile/654/pdf#:~:text=O%20pr%C3%A9%2Dnatal%20%C3%A9%20um,meio%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde>

Carmo, M. E. & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*. 34 (3). Acedido março 26, 2022 em <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/abstract/?lang=pt>

Carneiro, R. G. (2013). Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 17 (44),49-59. Acedido outubro 14, 2021, em <https://www.scielo.br/j/icse/a/zfT7YfFZQbSD4ZRbfzWRvrR/?lang=pt>

Carrapato, P.; Correia, P. & Garcia, B. (2017). Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Articles. Saude soc*. 26 (3). Acedido janeiro 04, 2022, em <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/676-689/#>

Carvalho, F. F. B.; Cohen, S. C. & Akerman, M. (2017). Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. *Saúde debate*. 41 (3). Acedido agosto 16, 2021, em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41nspe3/265-276/>

Carvalho, G. P. (2021). Regional inequalities and the role of federal resources in the SUS: do political factors affect the allocation of funds?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 26 (Supl. 2), 3409-3421. Acedido janeiro 03, 2022, em <https://www.scielo.br/j/csc/a/3xrsfV6jSCyvB8mXtH4wPRR/?format=pdf&lang=pt>

Cassiano, A.C.M.; Carlucci, E.N.S.; Gomes, C.F. & Bennemann, R.N. (2014). Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, Brasília, 65 (2), 227-244. Acedido novembro 20, 2021, em <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>

Cavalcante, E.D.A. (2003). *A sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral*. Dissertação de mestrado. Cuiabá, Universidade Federal de Mato Grosso, 1870-1890. Acedido dezembro 10, 2021, em

<https://docplayer.com.br/115719352-Else-dias-de-araujo-cavalcante-a-sifilis-em-cuiaba-saber-medico-profilaxia-e-discurso-moral-cuiaba.html>

Cavalcante, A. E. S., Silva, M. A. M., Rodrigues, A. R. M., Netto, J. J. M. N., Moreira, A. C. A., & Goyanna, N. F. (2012). Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 24 (4), 239-245. Acedido dezembro 14, 2021, em <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>

Cavalcante, P.A.M.; Pereira, R.B.L. & Castro, J.G.D. (2017). Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26(2), 255-64. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200003>

Cavalcanti, P. C. S.; Gurgel Junjior, G. D.; Vasconcelos, A. L. R. & Guerrero, A. V. P. (2013). O modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 (4), 1297-1316. Acedido outubro 14, 2021, em <https://www.scielo.br/j/physis/a/cmcY4csz9hjDC48scBWCsVL/abstract/?lang=pt>

Ceballos, A. G. C. (2015). *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife: s.n, 20p. Acedido outubro 25, 2021, em https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf

Centers for Disease Control and Prevention [homepage on the Internet]. (2015). Atlanta: *Syphilis during pregnancy. Sexually transmitted diseases treatment guidelines*. Acedido janeiro 03, 2022, em <http://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis-pregnancy.htm>.

CFM. (2018). *Recomendação CFM Nº 1/2018*. Recomenda a realização de teste treponêmico rápido em gestante e, se houver resultado positivo, que se inicie o tratamento. 4 p. Acedido novembro 08, 2021, em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2018/1>

CFP. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos programas de IST/HIV/AIDS*. Brasília: 2 ed. 118 p. Acedido novembro 11, 2021, em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/07/REFER%C3%80NCIA-T%C3%89CNICA-IST-HIV-AIDS-Vers%C3%A3o-Consulta-P%C3%80blica.pdf>

Cofen. (2016). *Parecer de Conselheiro Federal nº 259/2016/COFEN*. Solicitação do Ministério da Saúde a respeito do parecer normativo nº 001/2013. Acedido novembro 03, 2021, em http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html

CNDSS. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. 216 p. Acedido janeiro 25, 2022, em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf

Coelho, P. L. (2020). Vivências do apoio na implementação do comitê de investigação de transmissão vertical em municípios prioritários do Espírito Santo. *I CONEPS – I Conferência Nacional de Experiências do Projeto “Sífilis Não”: apoiadores em ação*. Rio Grande do Norte, 76 p. Acedido janeiro 20, 2021, em https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30894/1/CONEPS_em_acao_26_11_20.pdf

CONASS. (2017). Consolidação das Normas do SUS. *Revista CONSENSUS*. 25 ed. Acedido novembro 15, 2021, em <https://www.conass.org.br/consensus/consolidacao-das-normas-sus/>

Conferência Nacional de Saúde do Consumidor. (1986). Relatório Final. *Revista Saúde em Debate* 1986. 19, 20-24. Acedido novembro 11, 2021, em <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/conferencia-nacional-de-saude-doconsumidor-2>

CONASS. (2019). *Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde*. Acedido dezembro 17, 2021, em <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>

Cooper, J.M., & Sánchez, P.J. (2018). Congenital syphilis. *Semin Perinatol*. 42 (3), 176-184. Acedido janeiro 17, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29627075/>

Cunha, A. R. C., & Merchan-Hamann, E. (2015) Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica*. 38(6), 479-86. Acedido janeiro 17, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27440096>

Dallé, J.; ramos, M. C.; Jimenez, M. F.; escobar, F. G. 7 Antonello, V. S. (2018). CC BY-NC-ND 4.0 · *Rev Bras Ginecol Obstet*. 40 (01), 043-046 Acedido novembro 11, 2021, em <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0037-1606274>

Declaração de Alma-Ata. (1978). *Declaração de Alma Ata sobre cuidados Primários*. URSS, 3 p. Acedido outubro 19, 2021, em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011). *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Acedido outubro 09, 2021, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Di Giovanni, M. (2013). *Rede Cegonha: da concepção à implantação*. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 99 p. Acedido outubro 15, 2021, em

<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf>

Deardorff, D.K. (2009). The Interculturally Competent Global Leader *Margaret D. Pusch*. *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. 1 ed. 66-84. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC. Sage (Ed.).

Dias, S., Rocha, C. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI, I.P. (Estudos Observatório da Imigração, n. 32).

Dias, S., Gama, A., Severo, M., Barros, H. (2010). Factors associated with HIV testing among immigrants in Portugal. *International Journal of Public Health*, 56 (5): 559-566. Acedido agosto 04, 2021, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21057852/>

Dias, S., Gama, A., Pingarilho, M., Simões, D. & Mendão, L. (2016). Health services use and HIV prevalence among migrant and national female sex workers in Portugal: Are We providing the services needed? *International Journal of Public Health*. 21 (8), 2316-2321. Acedido agosto 04, 2021, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27475942/>

Dias, B.A. S.; Santos, E. T. & Andrade, M. A. C. (2017). Classificações de evitabilidade de dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões?. *Cadernos de Saúde Pública*. 33 (5), 1678-4464. Acedido agosto 04, 2021, em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/117/classificacoes-de-evitabilidade-dos-obitos-infantis-diferentes-metodos-diferentes-repercussoes>

Domingues, C. S. B., Duarte, G., Passos, M.R.L., Sztajn bok, D. C. n., & Menezes, M. L. B.M. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Consenso. Epidemiol. Serv. Saúde*. 30 (spe1). Acedido janeiro 16, 2022 em <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/>

Durkheim, E. (2007). *As regras do método sociológico/ Émile Durkheim; tradução Paulo Neves/ revisão da tradução Eduardo Brandão. Coleção tópicos*. São Paulo: Martins Fontes, 3 ed. Acedido março 21, 2022, em <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/durkheim-c3a9-as-regras-do-mc3a9todo-sociolc3b3gico.pdf>

Espírito Santo. (2016). *Decreto Nº 8214, de 8 de setembro de 2016*. Município da Serra, Estado do Espírito Santo, Gabinete do Prefeito. Acedido junho 10, 2021, em <http://prefeiturasempapel.serra.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/image/D82142016.pdf>

Ennes, M., Ramos, N., & Suárez, B. (2018). Desenvolvimento e avaliação de competências interculturais em contextos diferenciados. *Revista TOMO*. São Cristóvão, Sergipe, 32, 243-268.

Farah, M. F. S. (2016). Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, 50(6), 959-979. Acedido março 16, 2021, em https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/22349_arquivo.pdf

Fausto, M. C. R. & Matta, G. C. (2007). *Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas*. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). ESPJV/FIOCRUZ, Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro, 43-67. Acedido outubro 13, 2021, em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>

Ferreira, J. C. & Patino, C. M. (2017). Tipos de desfechos em pesquisa clínica. *J Bras Pneumol*. 43(1), 5-5. Acedido outubro 25, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000021>

Fiocruz. (2015). *Cuba é o 1º país a eliminar transmissão de HIV de mãe para filho*. Notícias e Artigos. Acedido agosto 30, 2021, em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1022-cuba-e-o-1-pais-a-eliminar-transmissao-de-hiv-de-mae-para-filho>

Fiocruz. (2019). *Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde*. Acedido junho 25, 2019, em <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>

Fiocruz. (2019). Revista Radis Aborda a epidemia de sífilis. *Matéria publicada na edição 196 da revista Radis*. Acedido janeiro 17, 2022, em <https://portal.fiocruz.br/noticia/revista-radis-aborda-epidemia-de-sifilis>

Freitas, F. L. S.; Benzaken, A. S.; Passos, M. R. L.; coelho, I. C. B. & Mirana, A. E. (2021). Protocolo brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Consenso. Epidemiol. Serv. Saúde* 30 (spe1). Acedido agosto 18, 2021, em <https://www.scielo.br/j/ress/a/N3PFzwZKhgLVPHngzGRFdfy/?lang=pt>

Fonseca, M. L.; Esteves, A.; McGarrigle, J. & Silva, (2007). *Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política*. Lisboa, 27-52. Acedido março 24, 2019, em <http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/migracoesart.pdf>

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1), 17-27. Acedido março 12, 2022, em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMvByhrN/?format=pdf&lang=pt>

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. Acedido fevereiro 10, 2022, em <https://biblioteca.lisboa.ipam.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6321&q=Marie-Fabienne%20Fortin>

Gaspar, P. C.; Bigolin, A.; Neto, J. B. A.; Pereira, E. D. S. & Bazzo, M. L. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Consenso. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 30 (spe1). Acedido novembro 03, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100006.esp1>

Gall, G.E., Lautenschlager, S., & Bagheri, H.C. (2016). Quarantine as a public health measure against an emerging infectious disease: syphilis in Zurich at the dawn of the modern era (1496-1585). *GMS Hyg Infect Control*. 11 (Doc13). Acedido janeiro 10, 2022, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4899769/>

Geraldes, N.B., Soler, Z.A.S.G., Braile, D.M., & Daher, W. (2009). A sífilis no século XVI - o impacto de uma nova doença. *Arq Ciênc Saúde*. 16 (3), 127-9. Acedido janeiro 02, 2022, em https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. T. E. Gerhardt e D. T. Silveira (Org.). Porto Alegre: Editora da UFRGS. Acedido fevereiro 10, 2022, em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

Giovanella, L.; Lobato, L. V. V.; Carvalho, A. I.; Conill, E. M. & Cunha, E. M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*. 26 (60), 37-61. Acedido agosto 18, 2021, em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>

Giovanella, L., Veja, R., TEjerina-Silva, H., Acosta-Ramirez, N., Parada-Lezcano, M.P., & et al. (2021). Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *ensaio trab. educ. saúde*. 19. Acedido maio 10, 2022, em <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/>

Godoy, A.S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 35 (2), 57-63, 1995. Acedido fevereiro 10, 2022, em <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>

Goiás, Secretaria de Estado de Saúde (2017). *Portaria Nº 512/2017-GAB/SES-GO*. Diário Oficial do GO. Acedido agosto 04, 2021, em

https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2017/10/portaria-no-512.pdf

Gohn, M. G. (2019). Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *DOSSIÊ. Cad. CRH.* 32 (85). Acedido outubro 01, 2021, em <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>

Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record. Acedido fevereiro 15, 2022, em <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/lobelia.faceira/ensino/programa-de-pos-graduacao-em-memoria-social/seminario-de-pesquisa-doutorado-memoria-social/textos/goldenberg-a-arte-de-pesquisar>

Gomes, N. L. (2012). Desigualdades e diversidade na educação. *Educação & Sociedade.* 33 (120), 687-693. Acedido março 23, 2022, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302012000300002>.

Gonçalves, R. S.; Carvalho, M. B. Fernandes, T. C.; Veloso, L. S. L.; Santos, L. F.; Sousa, T. R. & et al. (2020). Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. *Braz. J. Hea. Rev. Curitiba,* 3 (3), 5811-5817. Acedido agosto 17, 2021, em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/11122/9319>

Gonçalves, M. F.; Teixeira, E. M. N.; Silva, M. A. S.; Corsi, N. M.; Ferrari, R. A. P.; Peloso, S. M. & et al. (2017). Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* 38 (3). Acedido agosto 16, 2021, em <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WRW56d7RPFCZQNRhbYk6J3f/?lang=pt>

Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M.C.P. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana/Debating health and migrations in a context of intense human mobility. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação,* 21(61), 285-296, Botucatu, UNESP. Acedido outubro 01, 2022, <https://www.scielo.br/j/icse/a/YFR5qB3Hxs9ZdYfVkbhrbGC/abstract/?lang=pt>

Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage. Acedido março 03, 2022, em [https://books.google.pt/books/about/Qualitative Methods for Health Research.html?id=HUhLDwAAQBAJ&redir_esc=y](https://books.google.pt/books/about/Qualitative+Methods+for+Health+Research.html?id=HUhLDwAAQBAJ&redir_esc=y)

Hegenberg, L. (1998). *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 137. Acedido janeiro 25, 2022, em <https://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589-03.pdf>

Helman, C.G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED.

Helman, C.G. (2003). *Cultura, Saúde e Doença*. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED.

Heringer, A. L. S.; Kawa, H.; Fonseca, S. C.; Brignol, S. M.S.; Zarpellon, L. A. & Reis, A.c. (2020). Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*, 44. Acedido janeiro 04, 2022, em <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e8/pt/>

Herzlich, C. (2004). Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 14(2), 383-394. Acedido janeiro 15, 2022, em <https://www.scielo.br/j/physis/a/NkL53NvwfV64hdCPk53wGNN/?format=pdf&lang=pt>

Hoefel, M. G. L., Severo, D. O. & Washigton, C. (2019). Experiência do projeto vidas paralelas migrantes no Brasil: narrativas imagéticas sobre o trabalho e suas repercussões sobre a saúde. *Saúde em Redes*. 5(2), 227-236. Acedido maio 17, 2021, em <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2209>.

Hook, E.W. (2017). Syphilis. *Erratum in: Lancet*. 15; 389 (10078),1550-1557. Acedido janeiro 13, 2022, em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32411-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32411-4/fulltext)

IBGE. (2021). *Cidades e Estados*. Acedido janeiro 29, 2022, em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>

IPEA, (2021). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Acedido outubro 11, 2021, em <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>

IPEA, PNUD & FJP. (2019). *Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017*. Brasília: 65 p. Acedido fevereiro 02, 2022, em https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190416_rada_IDHM.pdf

Jacques, N.; Meneghel, S.N.; Danilevicz, I.M.; Schramm, J.M.A. & Ferla, A. A. (2018). Equidade na atenção à saúde de mulheres no Haiti. *Rev Panam Salud Publica*. 41 (26). Acedido maio 27, 2020, em <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e34/>

Justino, D. C. P.; Lopes, M. S.; Santos, C. D. P. & Andrade, A. F. (2019). Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*. 5 (1), 71-88. Acedido outubro 02, 2021, em <https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-1007352>

Kiss, H., Widhalm, A., Geusau, A., & Husslein, P.(2004). Universal antenatal screening for syphilis: is it still justified economically? A 10-year retrospective analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* . 112 (1), 24-8. Acedido novembro 10, 2021, em [doi: 10.1016/s0301-2115\(03\)00238-0](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(03)00238-0)

Kolling, A.F., Freitas, F.L.S., Gonçalves, M.V.R., Benzaken, A.S., Moura, M.C., & Santos, I.M. (2016). Diagnóstico dos comitês de transmissão vertical de HIV e sífilis no Brasil, 2016. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Acedido maio 10, 2022, em <https://proceedings.science/epi/trabalhos/diagnostico-dos-comites-de-transmissao-vertical-de-hiv-e-sifilis-nobrasil-2016?lang=pt-br>

Kleinman, A. (1978). *Concepts and Model for Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, *Soc. Sci & Med.* 12, 85-93. Acedido setembro 27, 2022, em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0160798778900145?via%3Dihub>

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkley: University of California Press.

Kuschnir, R. & Chorny, A.H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet.* 15(5), 2307-2316. Acedido outubro 16, 2021, em <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?lang=pt>

Lais/UFRN. (2018). *Edital nº 01 de 16 de janeiro de 2018. Edital de apoiadores de pesquisa e intervenção do Projeto Integração Inteligente Aplicada ao Fortalecimento da Rede de Resposta Rápida à Sífilis – processo seletivo*. Natal (RN): Lais/UFRN. Acedido maio 09, 2021, em <https://lais.huol.ufrn.br/lais-ms-e-oms-lancam-edital-com-52-vagas-para-bolsistas-em-todo-pais>

Lalanda, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise Social.* XXXIII (148), 4 ed. 871-883. Acedido abril 20, 2019, em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224154176E1jDU8rb4Nc15SI4.pdf>

Lasagabaster, M. A., & Guerra, L.O. (2019). Syphilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 15;37(6), 398-404. Acedido dezembro 14, 2021, em <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>

Laurenti, R.; Mello, J. M. H. P. & Gotlieb, S. L. D. (2004). A Mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol.* 7, 449-60. Acedido junho 20, 2021, em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/08.pdf>

Lazarini, F.M. & Barbosa, D.A. (2017) Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 25, 28-45. Acedido agosto 03, 2021, em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gjqXpt8vnSRY8cKFtgKMDbq/?format=pdf&lang=pt>

Lee, V., & Kinghorn, G. (2008). Syphilis: an update. *Clinical Medicine.* 2008; 8(3), 330-333. Acedido janeiro 14, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18624050/>

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Acedido outubro 04, 2021, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Acedido outubro 04, 2021, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Lei Nº 13.430, de 31 de março de 2017. (2017). *Institui o dia nacional de combate à sífilis e a sífilis congênita*. Acedido novembro 14, 2021 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/L13430.htm

Lima, B. G. C. (2002). Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras Patol Med Lab*. 38 (44), 267-71. Acedido novembro 14, 2020, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000400004

Lima, M. G., Santos, R. F. R., Barbosa, G. J. A., & Ribeiro, G. S. (2013). Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 18 (2), 499-506. Acedido outubro 14, 2021, em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200021>.

Lima, T. G. F. M. S. (2017). *Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids: institucionalização e especificidades no contexto nacional e internacional*. Rio de Janeiro (RJ): Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 329. f. : il. Color. Acedido maio 17, 2021, em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31151/2/ve_Thaisa_Lima_ENSP_2017.pdf

Lopes, L. (2007). *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa*. Lisboa: ACIDI, I.P.

Lotta, G. (2019). *Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil*. Organizadora, Gabriela Lotta. Brasília: Enap. Acedido novembro 13, 2021, em https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf

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*; 17, 9-25. Acedido maio 05, 2021, em <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/18679/12013>

Macêdo, V. C.; Romaguera, L. M. D.; Ramalho, M. O. A.; Vanderlei, L. C. M.; Frias, P. G. & Lira, P. I. C. (2020). Syphilis in gestation: barriers in prenatal care for the control of vertical Transmission. *Cad. saúde colet.* Rio de Janeiro, 28(4), 518-528. Acedido dezembro 23, 2021, em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1142665>

Maia, C.; Guilhem, D. & Lucchese, G. (2010). Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública.* 26 (4). Acedido agosto 23, 2021, em <https://www.scielo.br/j/csp/a/YC7t74brLXG5HBtHWmgs9wJ/?lang=pt>

Magalhães, D. M. S., Kawaguchi, I. A. L., Dias, A., & Calderon, I.M.P. (2011). A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Revista Com. Ciência Saúde.* 22, 43-54. Acedido janeiro 04, 2022 em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf

Marques, T. S. (2021). *Análise da situação de saúde relacionada a Sífilis Congênita: desigualdades socioespaciais e de acesso aos serviços de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, de 2017 – 2019.* Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca, Na Fiocruz. Acedido fevereiro 05, 2022, em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/49224/2/thamires_sim%C3%A3o_marques_ensp_mest_2021.pdf

Malta, D.C.; Duarte, E.C.; Almeida, M.F.; Dias, M. A. S.; Moraes, Neto O.L. & et al. (2007). Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv. Saúde.* 16(4), 233-44. Acedido agosto 15, 2021, em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>

Malta, D. C.; Pradro, R. R.; Saltarelli, R. M. F.; Monteiro, R. A.; Souza, M .F. & Almeida, M. F. (2019). Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema único de Saúde, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 22. Acedido agosto 15, 2021, em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FLzxvmCWtsDLQ3WMT75qBcT/?lang=pt>

Malta, D.C.; Sardinha, L.M.V.; Moura, L.; Lansky, S.; Leal, M.C.; Szwarcwald, C.L. et al. (2010). Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 19 (2), 173-6. Acedido agosto 15, 2021, em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>

Maranhão (2022). *Governo do Estado do Maranhão. Governo assina portaria que regulamenta a execução do Programa "Cheque Cesta Básica - Gestante".* Acedido em 07 de agosto de 22, em <https://sistemas1.sefaz.ma.gov.br/portalsefaz/jsp/noticia/noticia.jsf?codigo=5489>

Mareco, T. C. S. M. (2017). *Gênero e cuidado no ambiente familiar.* Brasília (DF): Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-Graduação

em Ciências e Tecnologias em Saúde, Brasília 154. Acedido maio 17, 2021, em <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24848>

Mareco, T.C.S., Lima, T.G.F.M.S., Santos, M.M., & Horta, A.P.C.B.O. (2021). Prevetion of vertical Transmission in the “Syphilis No!” Project> a study on the specificities of the Investigation committees/space in the North Region of Brazil admissions 2021. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 33, 1-8. Acedido julho 02, 2022, em <https://doi.org/10.5327/dst-2177-8264-20213323>

Mareco, T.C.S., Lima, T.G.F.M.S., Santos, M.M., Ramos, M. N. P, Oliveira., C. A., Gallego, A. M., & Valentim, R. A. M. (2022. em publicação). *Relatos de Experiência dos colaboradores do Projeto de doutoramento sobre o Papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis no Brasil*. Livro ainda não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Marques, J.V.S., Alves, B.M., Marques, M.V.S., Arcanjo, F.P.N., Parente, C.C. & Vasconcelos, R. L. (2018). Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. *Sanare.* 17(2),13-20. Acedido julho 17, 2022, em <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1257>

Marques, T. S. (2021). *Análise da situação de saúde relacionada a Sífilis Congênita: desigualdades socioespaciais e de acesso aos serviços de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, de 2017 – 2019*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca, Na Fiocruz. Acedido fevereiro 05, 2022, em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/49224/2/thamires_sim%C3%A3o_marques_ensp_mest_2021.pdf

Marinho, C.S.R.; Flor, T.B.M.; Pinheiro, J.M.F. & Ferreira, M.A.F. (2020). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cad. Saúde Pública.* 36 (10). Acedido maio 10, 2021, em <https://doi.org/10.1590/0102-311x00191219>

Martin, D.; Gondberg, A. & Silveira, C. (2019). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Dossiê. Saúde soc.* 27 (1). Acedido março 24, 2019, em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/BTJsmc9wYXWmCKRBkp5LgPc/?lang=pt>

Mastromauro, G. C. (2011). Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH.* São Paulo, 17 p. Acedido janeiro 25, 2022, em http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300472386_ARQUIVO_Mastromauro.pdf

Matthias, J. M.; Rahman, M. M.; Newman, R. R. & Peterman, T. A. (2017). Effectiveness of prenatal screening and treatment to prevent congenital syphilis, Louisiana and Florida, 2013–2014. *Sexually Transmitted Diseases,* 44 (8), 498.

Acedido em agosto 13, 2021, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6190676/>

Mathias, M. (2018). *Saúde e Sustentabilidade*. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Fiocruz. Acedido março 16, 2021, em <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>

Medeiros, P. F. & Guareschi, n. M. F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev. Estud. Fem.* 17 (1). Acedido outubro 02, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>

Melo, E. A.; Mendonça, M. H. M.; Oliveira, J. R. & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 42 (1), 38-51. Acedido outubro 05, 2021, em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt&format=pdf>

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*. 549 p. Acedido dezembro 17, 2021, em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Mendonça, C. S., Reis, A. T., & Moraes, J. C. (2006). A política de regulação do Brasil. (2006). Brasil. (orgs.) Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12). Acedido junho 23, 2019, em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/09/DesenvolvimentoSistemaseServicosdeSaude.pdf>

Menicucci, T. M. G.; Costa, L. A. & Machado, J. A. (2018). Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc. saúde colet.* 23 (1) Acedido novembro 14, 2021, em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>

Merhy, E. E. & Queizos, M. S. Public Health, Local Health Units, and the Brazilian Health System. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (2), 177-184. Acedido janeiro 27, 2022, em <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1993.v9n2/177-184/pt>

Mesa-Lago, C. (2007). *O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade*. Artigo nuso Nº outubro. Acedido janeiro 14, 2022, em <https://nuso.org/articulo/o-sistema-de-saude-brasileiro-seu-impacto-na-pobreza-e-na-desigualdade/>

Miranda, A. E.; Freitas, F. L. S.; Passos, M. R. L.; Lopez, M. A. A. & Pereira, G. F.M. (2021). Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, 30 (Esp.1). Acedido novembro 04, 2021, em [doi: 10.1590/S1679-4974202100019.esp1](https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.esp1)

Minayo, M. C. S. (1988). Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 4 (4), 363-381. Acedido março 21, 2022, em

<https://www.scielo.br/j/csp/a/sczC7pmDYhxqNqzRBrQj6K/?format=pdf&lang=pt>

Minayo, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro – São Paulo, Abrasco-Hucitec. Acedido fevereiro 10, 2022, em <https://pt.scribd.com/document/374763874/Desafio-Do-Conhecimento-Minayo>

Minayo, M.C.S. (2010). *Pesquisa social. teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 29 ed. 61-106.

Minayo, M. C. (2014). *Pesquisa qualitativa em saúde*. Romeu Gomes. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 5-7 (Pós-Graduação). Acedido março 03, 2022, em <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/LatoSensu/caderno-pesquisa-qualitativa-mestrado-2014.pdf>

Moken, M. & Batistella, C. (2009). *Vigilância em Saúde*. Aspectos Históricos. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Acedido novembro 01, 2021, em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>

Montanari, P. M. (2018). Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. *Dossiê. Saud soc.* 27 (4). Acedido novembro 01, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180974>

Monteiro, a. I.; & Villela, w. V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Rev. psicol. Polít.*, São Paulo, 9 (17). Acedido dezembro 14, 2021, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003

Moraes, B. C. L.; Nascimento, C. T. F. & Ferreira, S. S. C. A. (2019). Mortalidade Materna: Uma expressão da questão social. *IX jornada internacional de políticas públicas*. Universidade Federal do Maranhão. Acedido agosto 21, em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissao_id_209_2095cbe694c35d63.pdf

Moraes, M. C. L., Ramos, M. N., & Camargo, C. L. (2020). As narrativas de mulheres negras sobre adoecimento após o processo migratório: a experiência de moradoras do município de São Paulo. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 12 (34), 802-815. Acedido outubro 01, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/10260>

Morais, P. S. G. (2021). *Salus: Uma Arquitetura de Saúde Digital Aplicada à Gestão de Casos de Sífilis*. Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica e de Computação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Acedido julho 2022, em

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45436/1/SaluarquiteturasaudeMorais_2021.pdf

Motta, T. C. A. (2017). *Plano de combate à sífilis quer reduzir casos até 2022 e eliminar a doença em bebês*. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado Mato Grosso do Sul. Acedido em agosto 13, 2021, em <https://www.saude.ms.gov.br/plano-de-combate-a-sifilis-quer-reduzir-casos-e-eliminar-a-doenca-em-bebes/>

Mussi-Pinhata, M. M., & Yamamoto, A. Y. (1999). Infecções congênitas e perinatais. *Jornal de Pediatria* 75(Supl.1), 15-30. Acedido novembro 26, 2020, em <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-s15/port.pdf>

Nabais, L. O., Ramos, N. (2017). Comportamentos de risco na adolescência: contributos para a prevenção, educação e comunicação em saúde. In Rangel, M. L., Ramos, N. (Org.), *Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, p.219-241.

Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2005) A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10 (3), 651-657. Acedido fevereiro 01, 2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000179&pid=S0104-1290200800020001100034&lng=en

Neri, M. & Soares, W. (2002). Social inequality and health in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 18 (supple). Acedido janeiro 15, 2022, em <https://www.scielo.br/j/csp/a/n5WCfG6hxCNTKjT5tVdqGJs/?lang=pt>

Neto, E.T.S.; Alves, K.C.G.; Zorzal, M. & Lima, R.C.D. (2008). Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde soc*, São Paulo, 17 (2), 107-119. Acedido fevereiro 01, 2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200011

Netto, G. F.; Villardi, J. W. R.; Machado, J. M. H.; Souza, M. S.; Brito, I. & et al (2017). *Vigilância em saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1º Conferência Nacional de Vigilância em Saúde*. Acedido outubro 04, 2021, em <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n10/3137-3148/>

Nóbrega, E. C. M.; Alves, Ra. S. M.; Queiroz, D. M. & Oliveira, B. N. (2021). Desafios do comitê de prevenção de mortalidade materna e infantil em um município cearense. *Cadernos ESP*, Ceará, 13(1), 113 – 128. Acedido agosto 05, 2021, em <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/175>

Noronha, J. C. & Pereira, T. R. (2013). Princípios do sistema de saúde brasileiro. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos

da Presidência da República, 3, 19-32. Acedido em agosto 13, 2021, em <http://books.scielo.org/id/98kijw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>

Oliveira, M. A. C. & Egry, E. Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. esc. enferm.* 34 (1). Acedido janeiro 04, 2022, em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9pCLGTRV9LMh9TN7tVmcKgb/?lang=pt>

Oliveira, F. A. (2002). Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface (Botucatu)*, 6 (10). Acedido março 15, 2022, em <https://www.scielo.br/j/icse/a/vFvHTFfR3yX6hXQ9kX6xPVG/?lang=pt#>

Oliveira, C. M.; Cruz, M. M. (2015). Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Revisão Saúde debate*, 39 (104). Acedido 17, dezembro, em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYmJZ63cRJWnts4SDG7wN5C/?lang=pt>

Oliveira, R. A.; Canani, R. G.; Silva, B. F. (2020). Fatores associados à prevenção e controle da sífilis gestacional: panorama e desafios. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 21 p. Acedido agosto 13, 2021, em <https://www.eumed.net/rev/cccss/2020/02/prevencao-controle-sifilis.html>

Oliveira, B. R. & Sá, E. A. (2020). Estratégias e Ações no pré-natal para sífilis congênita: revisão de literatura. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 22(2), 150–156. Acedido em agosto 13, 2021, em <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/25258>

OPAS. (2010). *Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 6: controle de enfermidades na população / Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em agosto 11, 2021, em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_6.pdf

OPAS. (2017a). *ETMI Plus*. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, D.C.: OPS. 30 p. Acedido em agosto 11, 2021, em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>

OPAS. (2017a). *Seis países e territórios do Caribe eliminam transmissão de HIV e sífilis de mãe para filho*. Acedido novembro 16, em <https://www.paho.org/pt/noticias/1-12-2017-seis-paises-e-territorios-do-caribe-eliminam-transmissao-hiv-e-sifilis-mae-para>

OPAS. (2019a). *Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita*. Acedido em agosto 11, 2021, em <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita>

OPAS. (2019b). *New Generations Free of HIV, syphilis, Hepatitis B, and Chagas. Disease: EMTCT Plus in the Americas*, Washington, D. C.: PAHO. 52 p. Acedido

agosto 26, 2021, em <https://www.paho.org/en/documents/new-generations-free-hiv-syphilis-hepatitis-b-and-chagas-disease-americas-emtct-plus-2018>

OPAS & OMS. (2002). *Resolución CSP26/14: Estratégica Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas*. Washington (DC). 23-27. Acedido dezembro 20, 2021, em https://www3.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=129-estrategia-regional-para-la-reduccion-de-la-morbilidad-y-mortalidad-maternas-1&category_slug=recursos-estrategicos-mortalidad-materna-neonatal&Itemid=219&lang=es

OPAS & OMS. (2010). *Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita*. 50º Conselho Diretor. 62º Sessão do Comitê Regional. Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1 de outubro. Acedido novembro 13, 2021, em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31130/CD50-15-p.pdf>

OPAS & OMS. (2016). *Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021*. 55º conselho Diretor. 68º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C., EUA, 46 p. Acedido novembro 13, 2021, em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-plan-action-prev-hiv-2016-2021-pt.pdf>

OPAS & OMS. (2017). *ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas*. Washington, D.C.: OPS. 30 p. Acedido novembro 13, 2021, em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34306/OPSCHA17009-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

OPAS & OMS. (2019). *Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita*. Acedido janeiro 03, 2022, em <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita>

OPAS & OMS. (2019). *New Generations Free of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas. Disease: EMTCT Plus in the Americas, 2018*. Washington, D.C.: PAHO. 52 p. Acedido novembro 13, 2021, em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275120675_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y

OMS. (1986). Carta de Ottawa. Organização Mundial da Saúde. In Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1., Ottawa. *Anais. Ottawa: OMS*. Acedido janeiro 27, 2022, em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

OMS. (2008). *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação*. Genebra: OMS. Acedido junho 20, 2019, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf

OMS. (2011). *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011*. Geneva: 2011. Acedido janeiro 17, 2022, em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44619/9789241501750_eng.pdf;jsessionid=9C3A1CE32CD0737056EB50E018755282?sequence=1

OMS. (2022). *Elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis B virus*. Washington, D. C., 2022. Acedido setembro 11, 2022, em <https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation>

ONU. (2010). *Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Nações Unidas. Brasil*. Acedido janeiro 22, 2022, em <https://brasil.un.org/pt-br/66851-os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>

ONU. (2022). *Sobre o trabalho para alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável no Brasil*. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Acedido janeiro 27, 2022, em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

Oxford Languages. (2021). *Definição Sifilografia*. Acedido dezembro 14, 2021, em <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>

Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS?. E-book interativo*. Apoio: Faperj. Acedido janeiro 14, 2022, em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/17/>

Paim, J. S. & Almeida Filho, N. de. (2000). *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade. Acedido outubro 19, 2021, em [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A crise da saude publica e a utopia da saude coletiva/31](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A%20crise%20da%20saude%20pu%20blica%20e%20a%20utopia%20da%20saude%20coletiva/31)

Paim, J. S. (2015). *O que é o SUS?: e-book interativo*. Editora Fiocruz. 125 p. Acedido março 16, 2021, em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

Paim, J. S. (2019). Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 43 (Nº especial 5), 15-28. Acedido novembro 16, 2021, em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/L9yVS4pjsxkShgZqk3z6Y4r/?lang=pt&format=pdf>

Paiva, C. H. & Freitas, G. C. (2021). Entre Alma-Ata e a reforma sanitária brasileira: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), 1979-1983. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 28 (2). Acedido outubro 18, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000200011>

Passos, M. R. (2021). *Sífilis História, Ciência, Arte*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido dezembro 17, 2021, em http://exposifilis.aids.gov.br/docs/catalogo_expo_sifilis.pdf

Paz, L. C.; Pereira, G. F.; Pinto, V. M.; Medeiros, M. G. P. F.; Matida, L. H.; Saraceni, V. & et al. (2005). Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Cartas ao Editor. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, 38 (5). Acedido novembro 05, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S0037-86822005000500019>

Pedrana, L.; Trad, L. A. B.; Pereira, M. L. G.; Torrenté, M. O. N. & Mota, S. E. C. (2018). Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. Opinião e Análise. *Rev Panam Salud Publica*, 42 p. Acedido fevereiro 03, 2021, em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>

Peeling, R.W., Mabey, D., Kamb, M.L., Chen, X-S., Radolf, J.D., & Benzaken, A.S. (2017). Syphilis. *Nat Rev Dis Prim*, 29 (3). Acedido dezembro 14, 2021, em <http://www.nature.com/articles/nrdp201773>

Pereira, P. A. P. (2004). Como conjugar especificidade e intersetorialidade na concepção e implementação da política de Assistência Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, 77, 54-62.

Peixoto, P. (2017). Ética e regulação da pesquisa nas Ciências Sociais na sociedade do consentimento. *Revista Educação*, 40 (2), 150-159. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/27005>

Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 1 ed. Acedido março 16, 2021, em <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/LEIASS-2.pdf>

Pinto, I. C. M., & Teixeira, C. F. (2011). Management Policy-Making for Work and Education in Health: the case of the Bahia State Health Department, Brazil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(9),1777-1788. Acedido março 16, 2021, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900011

Pinto, Rafael., Valentim, R., Silva, L.F., Souza, G.F., Lima, T.G.F.M.S., Oliveira, C. A.P., & et al. (2022). Use of Interrupted Time Series Analysis in Understanding the Course of the Congenital Syphilis Epidemic in Brazil. *The Lancet regional health*. 7, 100163. Acedido em 07 de agosto de 22, em [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00159-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00159-9/fulltext)

Piovesa, A., & Temporini, E.R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, 29 (4), 318-25. Acedido maro 27, 2021, em <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10>

PNUD. (2017). *Programa para as Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil*. Brasília (DF): PNUD. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS): 3 Saúde e bem-estar. Acedido junho 14, 2021, em <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>

PNUD. (2020a). *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*. Websérie. 1. *O que é o Desenvolvimento Humano?* PNUD, Brasil. Youtube. Acedido janeiro 07, 2022, em <https://www.youtube.com/watch?v=4PQoR5YFZPg>

PNUD. (2020b). *O desenvolvimento humano e o Antropoceno*. Síntese – Relatório do Desenvolvimento Humano 2020. A próxima fronteira. Acedido fevereiro 02, 2022. Em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_portuguese.pdf

PNUD. (2021). *Brasil*. Acedido janeiro 18, 2021, em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/countryinfo.html>

PNUD. (2022). Índice de Desenvolvimento Humano. *O que é IDHM*. Acedido janeiro 07, 2022, em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>

PNUD, IPEA & FJP. (2016). *Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras*. Brasília : PNUD : IPEA : FJP, 55 p. Acedido fevereiro 02, 2022, em https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/20160331_livro-idhm.pdf

Prado, N. M. B. L. & Santos, A. M. (2018). Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: Sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde debate*. 42 (spe1). Acedido em agosto 17, 2021, em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/379-395/pt/>

Ramos, N. (2001). Comunicação, Cultura e Interculturalidade: Para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 35 (2), 155-178. Acedido em setembro 27, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/5839>

Ramos, N. (2002). Contextos e problemáticas na infância. Da prevenção à saúde e ao desenvolvimento. *Desafios Sociais*. 2 (2), 24-46. Acedido em outubro 04, 2022, <http://hdl.handle.net/10400.2/9357>

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta. Acedido março 18, 2022, em <https://catalogo.biblioteca.uab.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23829&q=an%3A38053>

Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169. Acedido em setembro 27, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/6834>

Ramos, N. (2008a). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas Teóricas e Práticas*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Ramos, N. (2008b). Multiculturality and Communication in Health. In J. Lopes *et al.* (Org.), *Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem. Contributos para Melhor Cuidar./Multiculturality. Nursing Perspectives. Contributions to Better Care*. Lisboa: Luso Ciência, p. 67-81. Acedido junho 02, 2019, em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/9881>

Ramos, N. (2009a). Diversidade Cultural, Educação e Comunicação Intercultural. Políticas e Estratégias de Promoção do Diálogo Intercultural. *Revista Educação em Questão*, v. 34, n. 20, CCSA, Natal, UFRN: 9-32. Acedido junho 02, 2019, em <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/3941>

Ramos, N. (2009b). Saúde, Migração e Direitos Humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 17 (1), Jan-Jun, 2009, 1-11, S. Paulo. Acedido em outubro 04, 2022, <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3127>

Ramos, N. (2011). Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. In L. Alcoforado *et al.* *Educação e Formação de Adultos. Políticas, Práticas e Investigação*. Coimbra: Ed. Universidade de Coimbra, p. 189-200. <http://hdl.handle.net/10400.2/5834>

Ramos, N. (2012a). Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECI/S*. Rio de Janeiro. 6 (4), 1-11. Acedido março 22, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/3148>

Ramos, N. (2012b). Migração, maternidade e saúde. *Repertório*, Salvador, 18(1), 84-93. Acedido março 21, 2022, em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3128/1/maternidade%20e%20migração.pdf>

Ramos, N. (2012c). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. In Ramos, N. [et al.] (orgs.). *Família, educação e desenvolvimento no séc. XXI: Olhares interdisciplinares*, p. 21-28. Acedido junho 6, 2022, em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2189/3/ebook11.pdf>

Ramos, N. (2013a). Interculturalidade(s) e Mobilidade(s) no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas. In *The Overarching Issues of the European Space*. Porto: Faculdade Letras, Universidade do Porto, p. 343-360. Acedido junho 02, 2019, em <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12349.pdf>

Ramos, N. (2013b). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde/ Health Care and Communication in Multicultural Societies: Discussing Interculturalities, Practices and Politics of Health. *Revista Inter-Legere*, 30-51. Acedido fevereiro 05, 2022, em <file:///C:/Users/Natalia%20Ramos/Downloads/editoresinterlegere,+4300-9881-1-CE.pdf>

Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. In Rocha, M., Ramos, N., Santos, S., Costa, M. D. (Org.). *Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade*. Natal: EDUFRN, p.229-269. Acedido julho 17, 2022, em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/6381>.

Ramos, N. (2017). Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde. In Rangel, M. L., Ramos, N. (Org.), *Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, p.149-172. Acedido março 22, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/7872>

Ramos, M. N. P. (2020). Desafios globais contemporâneos da comunicação e da saúde das populações migrantes e refugiados. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, ALAIC, USP, 19 (35), 38-49. Acedido março 20, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/10554>

Ramos, N. (2021). Perspectivas Comunicacional, Cultural e Educacional na Promoção da Saúde Sexual e Prevenção da Sífilis e Outras IST em Contexto Migratório e Intercultural. In *Simpósio Internacional de Integração de Pesquisa no Projeto “Sífilis Não”*, Lisboa: LAIS/UFRN/ UAb.

Rangel, M. L., Ramos, N. (2017), (Org.). *Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas*. Salvador: EDUFBA.

Reis, L., Ramos, N. (2017). Informação e comunicação em saúde: um estudo com imigrantes brasileiros em Lisboa. In Rangel, M. L., Ramos, N. (Org.), *Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, p.173-190.

Reis, D. O.; Araújo, E.C. & Cecílio, L. C. O. (2021). *Sistema Único de Saúde: histórico, diretrizes e princípios*. UnaSUS. Unifesp. Acedido janeiro 15, 2022, em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade02/p_01.html#:~:text=As%20diretrizes%20do%20SUS%20s%C3%A3o,como%20orientadores%20da%20configura%C3%A7%C3%A3o%20geral

Renovato, R. D. & Bagnato, M. h. S. (2010). O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942 – 1960). *Educ. ver*, (spe 2). Acedido outubro 01, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S0104-40602010000500017>

Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018. (2018). *Instituí a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)*. Acedido outubro 15, 2021, em <https://drive.google.com/file/d/1RYNoj-EoIMtLSCbxsOGBSbh4kZO-r0KC/view>

Ribeiro, L. (2019). *Região Sudeste. Educa + Brasil*. Compreende os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo. Acedido janeiro 27, 2022, em <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/geografia/regiao-sudeste>

Rio de Janeiro, Secretaria do estado de Saúde do Rio de Janeiro. (2015). *Plano de enfrentamento da sífilis congênita*. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Acedido agosto 15, 2021, em

<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=jK1PY08%2F8tM%3D>

Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde (2016). *Resolução SES Nº 1441 de 22 de setembro de 2016*. Acedido agosto 08, 2021, em <http://138.68.60.75/images/portarias/setembro2016/dia27/res1441.pdf>

Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Gabinete do Prefeito (2015). *Decreto Nº 19.008, de 17 de abril de 2015*. Acedido setembro 09, 2021, em http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1395_ce_123923_1.pdf

Rocha, C., Dias, S., Gama, A. (2010). Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (5), 1003-1012.

Rocha, M.A., Santos, M.M., Fontes, R.S., Melo, A.S.P., Cunha-Oliveira, A., & et al. (2022). The Text Mining Technique Applied to the Analysis of Health Interventions to Combat Congenital Syphilis in Brazil: The Case of the “Syphilis No!” Project. *Front. Public Health*, 10:855680. Acedido julho 02, 2022, em <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.855680/full>

Rodrigues, A. V. (2000). *Comitê de Mortalidade Materna do Estado de São Paulo: Trajetória e Vicissitudes*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, p. 192. Acedido julho 28, 2021, em https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-20072015-095234/publico/ana_veronica_mtr850.pdf

Rodrigues, A. V. & Siqueira, A. A. F. (2003). Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Artigos. Cad. Saúde Pública*, 19 (1). Acedido julho 29, 2021, em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100020>

Rodrigues, J. P. V., Ramos, N. (2017). A comunicação de saberes sobre os cuidados infantis na família e nos profissionais de Saúde em Portugal. In Rangel, M. L., Ramos, N. (Org.), *Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, p.387-423.

Rodrigues, M. A. (1993). Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. *Rev. Esc. Enf. USP*. 27(l), 15-24. Acedido outubro 07, 2021, em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hbGJqqsNXyMGG3KrgRQPgQC/?lang=pt&format=pdf>

Rodrigues-Filho, J. (1987). A distribuição dos recursos de saúde no Brasil: a administração da desigualdade. Notas e Comentários. *Rev. adm. empres.* 27 (3). Acedido janeiro 21, 2022, em <https://www.scielo.br/j/rae/a/FzDSvJZyFWsrFP5vHqJ3Fgv/?lang=pt>

Rodrigues, C. S.; Guimarães, M. D. C. & César, C. C. (2008). Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev. saúde pública*, 42(5), 851-858. Acedido dezembro 23, 2021, em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-493840>

Rodrigues, G. A.; Barreto, T. M. A. C. & Mareco, T. C. S. M. (2020). Comitê de transmissão vertical da sífilis, hiv e hepatite virais Boa Vista/RR: trajetória e desafios. *CONEPS, I Conferência Nacional de Experiências do Projeto "Sífilis Não": apoiadores em ação*. Acedido janeiro 20, 2021, em https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30894/1/CONEPS_em_acao_26_11_20.pdf

Rodrigues, T. (2015). *Determinação Social da Saúde*. Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Acedido janeiro 29, 2022, em <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/determinacao-social-da-saude>

Rodríguez-Cerdeira, C., & Silami-Lopes, V.G. (2012). Congenital syphilis in the 21st century. *Actas Dermosifiliogr.* 103(8), 679-693. Acedido janeiro 10, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22382200/>

Rutstein, D.D.; Berenberg, W.; Chalmers, T.C.; Fishman, A.P.; Perrin, E.B. & Zuidema, G.D. (1980) Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes. *New Eng J Med*, 302(20), 1146. Acedido agosto 04, 2021, em <http://doi.org/10.1056/NEJM198005153022012>

Sacramento, S.C., Ferrão M.A., Camargo, C.L., Ramos, M.N., Moraes, M.C.L., & Martins, L.A. (2020). Perception of African immigrants about care in health services in Portugal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34: e35989, 1-10. Acedido outubro 01, 2022, em <http://hdl.handle.net/10400.2/10172>

Santos, N. J. S. (2016). Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, 25, 602-618.

Santos, A. D. S., Oliveira, C. A. P., Pereira, E. D. S., Uesono, J., Santana, L. B., Machado, N. M., Mareco, T. C. S. (2020). Resposta rápida à sífilis: uma análise situacional da estratégia de apoio institucional. *Boletim Epidemiológico*. Secretária de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Acedido fevereiro 01, 2021, em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_svs_42.pdf

Santos, N.P.; Castro, B. G. & Rios-Grassi, M. F. (2009). Aplicação do protocolo do "Projeto Nascer Maternidades" em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, 9 (1). Acedido agosto 23, 2021, em <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6wWVvKd9jh5HMdjSkftLHqjq/?lang=pt>

Sauter, A. M. W.; Girardon-Perlini, N. M. O. & Kopf, A. W. Politics of health's regionalization: from the transaction rules to the Pact for Health. *Nursin Journal of Minas Gerais. Reme*, 16 (2). Acedido novembro 14, 2021 em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>

Santos, S. P. C.; Lansky, S.; Ishitani, L. H. & França, E. B. (2015). Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. Artigos Originais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, 15 (4). Acedido agosto 09, 2021, em <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/rWSR83RFgqLJLm6CJDv6JyH/?lang=pt>

Sarinho, S. W.; Coutinho, S.B.; Acioli T.M.L.; Menezes, T.F.; Abreu M.A.P.; Lacerda, N. & et al. (2001). Mortalidade neonatal em Recife, PE: causas básicas e grau do conhecimento dos neonatologistas acerca do preenchimento das declarações de óbito. *Pediatria (São Paulo)*. 23 (4), 279-84.

Serruya, S. J., Cecatti, J. G., Lago, T. D. G. (2004). O programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 5 (20), 1281-1289. Acedido fevereiro 01, 2021, em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500022&script=sci_abstract&tlng=pt

Serruya, S. J. (2021). Sífilis congênita nas américas onde estamos e como chegamos à eliminação. Centro Latino Americano de Perintologia. *Saúde da Mulher e Reprodutiva – OPAS/OMS*. XII Congresso da Sociedade Brasileira de DST.

Sigeris H. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud Colect*, 2(3), 269-279. Acedido outubro 19, 2021, em <https://scielosp.org/article/scol/2006.v2n3/269-279/>

Silva, L. M. M., & Lima, S. S. (2017). Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. *Rev. Bras. Polít. Públicas (Online)*, Brasília, 7 (2), 384-403. Acedido março 16, 2021, em <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4804>

Silva, L.M.G.; Brasil, V.V.; Guimarães, H.C.Q.C.P.; Savonitti, B.H.R.A.; Silva, M.J.P. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 8 (4), 52- 58. Acedido agosto 13, 2021, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384>

Silva, M. A.; Dantas, P. S. & Vetorazo, J. V. P. (2021). A assistência de enfermagem no pré-natal em gestantes diagnosticadas com sífilis: através de uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 11, 7143. Acedido agosto 13, 2021, em <https://doi.org/10.25248/reaenf.e7143.2021>

Silva, M. A.; Lago, K. S.; Pena, H. P.; Silva, F. M. R.; Andrade, S. N. & Santos, R. C. (2020). Educação em saúde e sua contribuição no conhecimento dos usuários acerca da sífilis. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10 (59), 4286–4297. Acedido agosto 13, 2021, em <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4286-4297>

Silva L.R., Paiva M.S., Nazareth I.V., Silva M.D.B. & Macedo E.C. (2019). Sífilis na mulher e no homem *Revista de Enfermagem*, UERJ, 27, 26496. Acedido julho 17, 2022, em: <DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.26496>

Silva, A. S., Sousa, M. S. A., Silva, E. V., & Galato, D. (2019). Participação social no processo de incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de

Saúde. *Rev. Saúde Pública*, p. 53. Acedido outubro 02, 2021, em <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001420>

Silveira, M.F., Leon, R. G. P., Becerra, F., & Serruya, S.J. (2019). Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. *Rev Panam Salud Publica*, 43, p. 9. Acedido agosto 26, 2021, em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50480>

Simão, J. B. & Orellano, V. I. F. (2015). Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Articles. Estud. Econ*, 45 (1). Acedido janeiro 06, 2022, em <https://www.scielo.br/j/ee/a/rFMqvqZ384yTcJMZ79XpKgH/?lang=pt>

Smith, G. H. (1936). Snow on Cholera. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 9 (2), 196–197. Acedido outubro 19, 2021, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2601508/>

Soares, V. M. & Martins, A. L. (2006). A trajetória e experiência dos comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. Informes Técnico-Institucionais - *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, 6 (4). Acedido agosto 15, 2021, em <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/MwZHpfT6BynjV5RV6F5hXsd/?lang=pt>

Sortica, A. C. (2017). *Rede de atenção à saúde, sífilis e educação em saúde, a intersecção necessária: um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no Município de Esteio*. Portalegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dissertação de Mestrado em Ensino na Saúde, Brasil. Acedido agosto 02, 2021, em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158184/001020426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, 8 (16), 20-45. Acedido março 17, 2021, em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>

Souza, R. R. (2002a). *Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Mestrado Profissional em Administração de Saúde. p. 102. Acedido março 17, 2021, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf

Souza, R. R. (2002b). *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Editora MS Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Ministério da Saúde. p. 45. Acedido março 17, 2021, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf

Sousa, F. O. S.; Medeiros, K. R. & Gurgel Junior, G. D., Albuquerque, P.C. (2014). Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc Saúde Colet*, 19:1283-93.

Souza, F. L. (2017). *A vigilância da sífilis congênita no município de Niterói em 2015: discussão da importância da investigação dos casos*. Trabalho de Conclusão de Curso sobre Gestão da Política de DST, AIDS e Hepatites Virais e Tuberculose – especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. Acedido agosto 31, 2021, em <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/6465>

Smolak, A., Rowley, J., Nagelkerke, N., Kassebaum, N.J., Chico, R.M., Korenromp, E.L & et al. (2018). Trends and predictors of syphilis prevalence in the general population: Global pooled analyses of 1103 prevalence measures including 136 million syphilis tests. *Clin Infect Dis*, 66(8), 1184-1191. Acedido janeiro 15, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29136161/>

Spink, M. J. P. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 9 (3). 1993. Acedido março 21, 2022, em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300017>

Stamm, L.V. (2015). Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect.* 143(8), 1567-1574. Acedido janeiro 14, 2022, em <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2209356>

Starrs, A. (1987). *Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, February 1987*. World Bank, p. 56 p. Acedido agosto 02, 2021, em <https://digitallibrary.un.org/record/11573>

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde. Acedido em agosto 18, 2021, em <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>

Stopa, S. R.; Malta, D.C.; Monteiro, C. N.; Szwarcwald, C.L.; Goldbaum, M. & Cesar, C. L. G. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica*, 51 (Supl 1:3s). Acedido janeiro 20, 2021, em https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Piaget, 1995.

Stucky, O. M. M. (1997). As políticas Públicas e a Exclusão na Conquista do Direito Universal à Saúde. In Boneti, L. W. (coord.). *Educação, exclusão e cidadania*. Ijuí: Editora Unijuí.

Su, J. R., Brooks, L. C., Davis, D. W., Torrone, E. A., Weinstock, H. S. et al. (2016). Congenital syphilis: trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 214 (3), p. 381. Acedido agosto 02, 2021, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26470826/>

Tanaka, A. C. D'A. (1995). *Maternidade, Dilema entre Nascimento e Morte*. São Paulo: Editora Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO. Acedido julho 05, 2021, em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-154467?lang=en>

Tanaka ACA. (2001). *Dossiê mortalidade materna. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*. Acedido junho 29, 2021, <http://www.redesaude.org.br>

Tayra A., Matida, L. H., Saraceni, V., Paz, L. C., Ramos J. A. N. (2007). Duas décadas de vigilância de sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. *J. Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Niterói, 19 (3-4), 111-119. Acedido novembro 14, 2021, em <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/1.pdf>

Teixeira, M. Z. (2017). Antropologia Médica Vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano. *Rev Med (São Paulo)*, 96(3), 145-58. Acedido janeiro 07, 2022, em https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/4601786/mod_resource/content/1/antropologia%20vitalista.pdf

Teixeira, G. A., Santos, F. A. P. S.; Carvalho, J. B. L.; Vitor, A. F., Lira, A. L. B. C., et al. (2017). Predisposing factors for incidence of congenital syphilis. *International Archives of Medicine*, 10, 1-8. Acedido março 21, 2022, em <http://imedicalpublisher.com/ojs/index.php/iam/article/view/2441>

Teixeira, L.O., Belarmino, V., Vitola C. G., & Mendoza-Sassi, A.R. (2018). Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. *Faculdade Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2587-2597, 2018. Acedido março 21, 2022, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802587&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Teixeira, M. G.; Costa, M. C. N.; Carmo, E.H.; Oliveira, W. K. & Penna, G. O. (2018). Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc. saúde colet*, 23 (6). Acedido agosto 04, 2021, em <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1811-1818/pt/>

Tesser, G. J. (1994). Principais linhas epistemológicas contemporâneas. Artigos de Demanda Contínua. *Educ. rev.* (10). Acedido janeiro 04, 2022, em <https://www.scielo.br/j/er/a/RqVtSyMvVkrCQVGtbxKYZpt/#:~:text=Conceito%20de%20epistemologia&text=Epistemologia%3A%20%C3%A9%20a%20ci%C3%AAn%20da,%C3%89%20a%20teoria%20do%20conhecimento>

Tramont, E. C. (1987). Syphilis in the AIDS era. *N Engl J Med*, 316(25), 1600-1. Acedido dezembro 14, 2021, em <https://doi.org/10.1056/NEJM198706183162510>

Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. Acedido janeiro 20, 2022, em <https://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em-Ciencias-Sociais.pdf>

Tyrrell, M. A. R. (1997). Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. *Ana Nery Revista de Enfermagem*, 8 (1), 119-134. Acedido fevereiro 01, 2021, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=260104&indexSearch=ID>

UFSC. (2021). *Legislação. Conceitos*. Acedido agosto 09, 2021, em <https://legislacao.ufsc.br/conceitos/>

UNAIDS & OMS. (2015). *OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em Cuba*. Comunicado de imprensa. Acedido janeiro 04, 2022, em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/07/2015_06_30_Elimina%C3%A7%C3%A3o_Transmissao_Vertical_Cuba_Final.pdf

UNA-SUS. (2015). *Redes de Atenção à Saúde: A rede cegonha. Universidade Federal do Maranhão*. UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). São Luís. Acedido outubro 03, 2021. Em https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf

UNESCO, "Relatório Mundial Investir na diversidade cultural e no diálogo intercultural". Acedido janeiro 04, 2022, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001847/184755por.pdf>.

UNICEF. (2020). *Levantamento, mapeamento e diagnóstico dos Comitês de Investigação TV da Sífilis*. Parceiros: UNICEF e Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis (DCCI). Relatório Final. 2019.

UNICEF & Ministério da Saúde. (2018). *Como prevenir a transmissão vertical de HIV e sífilis nos seus municípios. Guia para Gestores*. Brasil. p. 46. Acedido novembro 11, 2021, em https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/05/Como_prevenir_a_transmissao_vertical_de_HIV_e_sifilis_no_seu_municipio%E2%80%9393Guia_para_gestores.pdf

UNITED NATIONS POPULATION FUND. (2006). *State of world population 2006. A passage to hope: women and international migration*. New York: UNFPA. Acedido maio 27, 2020, em http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf

Vázquez, G. G. H. (2018). Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. *Artigos . Sex., Salud Soc*. Rio de Janeiro, (28). Acedido janeiro 04, 2022, em <https://www.scielo.br/j/sess/a/sbPJ9hNBtYfXM8ct4YfsQvf/?lang=pt>

Verdi, M. I. M.; Da Ros, M. A.; Cutolo, L. R. A. & Souza, T. T. (2016). *Saúde e Sociedade*. UNA-SUS, 2 ed. Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização multiprofissional na Atenção Básica. Acedido janeiro 05, 2022, em

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33307/mod_resource/content/1/Unidade%201/pdf/creditos_m02_online.pdf

Vicente, M. & Ferreira, M. (2016). Eu e os outros em diálogo: revisitando conceitos sobre comunicação e alteridade. *In Revista de Estudos de Comunicação*, 17 (43), 120-135. Acedido janeiro 04, 2021, em <https://periodicos.pucpr.br/index.php/estudosdecomunicacao/article/view/22556>

Vilela, L. S. C. A.L., Souza, G. S., Vasconcelos, B.M., Gama, C. R., Dilva, L. S. M., et al. (2019). Pré-natal as a tool in the prevention of congenital syphilis: an integrating review of the literature. *Braz. J. Hea. Rev. Curitiba*, 2 (3), 1609-1615. Acedido janeiro 04, 2022, em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/1414/1544>

Vitória - ES, Governo do Estado do Espírito Santo. (2017). *Plano Estadual de enfrentamento da Sífilis Congênita*. Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Saúde. Vitória - ES: Governo do Estado do Espírito Santo. Acedido agosto 02, 2021, em https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf

Volochko, A. (1992). *Mortalidade de Mulheres Mortalidade Materna, SUS/1988*. São Paulo Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Whitehead M. (1992). *The concepts and principles of equity and health*. *Int J Health Serv.* 22, 429-45. Acedido janeiro 29, 2022, em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>

World Health Organization (2012). *Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems*. Geneva: WHO. Acedido março 21, 2022, em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75480/9789241504348_eng.pdf;jsessionid=2B057C4339322314041F4BDE3D2EF19A?sequence=1

Woods, C.R. (2005). Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis.* 16(4), 245-57. Acedido janeiro 04, 2022, em <https://doi.org/10.1053/j.spid.2005.06.005>

Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos*. Porto Alegre: Bookman. 2 ed. Acedido fevereiro 10, 2022, em http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/attach/74440967/3-YIN-desenho%20e%20metodo_Pesquisa%20Estudo%20de%20Caso.pdf

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman. 2 ed. Acedido março 02, 2022, em https://forumturbo.org/wp-content/uploads/wpforo/default_attachments/1553321313-Estudo-de-caso_Planejamento-e-Mtodos-Robert-K-Yin.pdf

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

[Questionário - Projeto Sífilis Não] O papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis

Sua resposta (Autenticado via Sabiá)

Orientações:

O questionário de pesquisa está dividido em duas partes:

- PARTE 1 - IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DOS CITV/ ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO DASÍFILIS
- PARTE 2 - PROCESSO DE TRABALHO E A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO PARA RESPOSTA À SÍFILIS

O questionário de pesquisa deverá ser respondido pelo representante do espaço de investigação da transmissão vertical da sífilis estadual, este espaço que pode ser o comitê propriamente dito, ou outro espaço, desde que realize a investigação da transmissão vertical da sífilis. **O período considerado para as respostas deverão ser de 2015 à 2020.**

Agradecemos o interesse, apoio e participação nesta pesquisa, e por estarem contribuindo para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Vamos lá!!!!

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1. Entrevistado (a) assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso para participar da pesquisa: *

- Sim
- Não

Informações Gerais

2. Região: *

- Norte
- Nordeste
- Sul
- Sudeste
- Centro-Oeste

3. Estado: *

Ex: Rio de Janeiro

4. Nº habitantes do Estado: *

Informe o número sem ponto e apenas os números.

Perfil do Respondente da Pesquisa

5. Tempo de atuação do respondente no espaço que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis no Estado: *

- Até 6 meses
- 6 meses à 1 ano
- 1 à 3 anos
- 3 à 5 anos
- Mais de 5 anos

6. Tempo de serviço do respondente na temática da transmissão vertical da sífilis: *

- Até 1 ano
- 1 à 3 anos
- 3 à 5 anos
- 5 à 10 anos
- 10 à 15 anos
- 15 anos ou mais

7. Selecione maior titulação do respondente: *

- Especialista ou pós-graduado (lato sensu)
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

PARTE 1 - IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DOS CITV/ ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS

8. Existe CITV* no seu no seu Estado? *

CITV = Comitê de Investigação da Transmissão Vertical

- Sim
- Não

9. A partir de quando foi implementado o CITV no seu Estado? *

- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021

10. Apesar de não existir o CITV no seu estado, os casos de transmissão vertical são investigados em outro espaço do estado? *

- Sim
- Não

11. Onde? *

- Comitê de mortalidade materna
- Comitê de óbito infantil
- Grupo de trabalho da sífilis
- Coordenação de Vigilância
- Coordenação de IST
- Coordenação de APS
- Outro

Digite o nome:

Sua resposta

12. O espaço que realiza as investigações da transmissão vertical do seu Estado contempla a sífilis? *

A partir deste item as perguntas deverão ser respondidas referente ao espaço de funcionamento que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, seja o próprio CITV ou outro espaço.

- Sim
- Não

Justifique / Explique

Sua resposta

Espaço para investigação da Transmissão Vertical

13. A partir de quando foi implementado a investigação da transmissão vertical da sífilis no espaço que realiza as investigações: *

- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021

14. O Projeto de Resposta Rápida à Sífilis contribuiu para a inclusão da pauta da sífilis no espaço que realiza as investigações? *

- Sim

Por quê?

Sua resposta

- Não

15. Algum outro Projeto contribuiu para a inclusão da pauta da sífilis no espaço que realiza as investigações? *

- Sim

Por quê?

Sua resposta

- Não

16. Como se encontra atualmente o espaço que realiza as investigações de sífilis no seu Estado, neste momento? *

- Implementado, COM agenda de atividades definidas.
- Implementado, SEM agenda de atividades definidas.
- Em fase de Implementação.

17. Quais membros, compõem o espaço que realiza as investigações da Sífilis no seu Estado, neste momento? *

- Representante da Vigilância Epidemiológica estadual
- Representante da Atenção Primária estadual
- Representante das Infecções Sexualmente Transmissíveis estadual
- Representante da Atenção Hospitalar estadual
- Representante da Vigilância Epidemiológica municipal
- Representante da Atenção Primária municipal
- Representante das Infecções Sexualmente Transmissíveis municipal
- Representante da Atenção Hospitalar municipal
- Conselho Regional de Medicina
- Conselho Regional de Enfermagem
- Sociedades e Associações Científicas

- Conselhos de Saúde
- Ministério Público
- Movimentos Sociais
- Convidados “ad hoc”
- Outro (s)

Qual ou quais?

Sua resposta

18. Durante a vigência do apoio territorial do Projeto de Resposta Rápida à sífilis, o apoiador era membro do espaço que realiza as investigações da sífilis. *

- Sim

Quais as atribuições do apoiador?

Sua resposta

- Não

19. Há fluxo de processo de entrada ou de saída dos componentes do espaço que realiza a investigação da transmissão vertical da sífilis no seu Estado? *

- Sim

Descreva o fluxo?

Sua resposta

- Não

20. O espaço que realiza as investigações da sífilis se reúne com que frequência? *

- Uma vez por semana
- Duas vezes ao mês
- Uma vez ao mês
- Uma vez por bimestre
- Uma vez por trimestre
- Não estão ocorrendo encontros

21. Enumere pelo menos duas razões para que os encontros NÃO tenham ocorrido. *

- Não ter disponibilidade na agenda dos membros para realizar o encontro
- Não ter composição de membros necessários no grupo
- Falta de organização
- Não é prioridade
- Outro (s)

22. Quais são os casos investigados pelo espaço que realiza as investigações da sífilis no seu Estado?

- Todos os casos de aborto por sífilis
- Todos os natimortos por sífilis
- Todos os óbitos por sífilis
- Casos de sífilis congênita precoce (≤ 2 anos de idade)
- Criança exposta a sífilis
- Outro

Qual / Quais?

Sua resposta

23. Na sua opinião quais foram as maiores facilidades na implementação e funcionamento permanente do espaço que realiza as investigações da sífilis no seu Estado *

Descrever pelo menos 3 (três) facilidades:

Sua resposta

24. Na sua opinião quais foram as maiores dificuldades na implementação e funcionamento permanente do espaço que realiza as investigações da sífilis no seu Estado *

Descrever pelo menos 3 (três) dificuldades:

Sua resposta

25. Vocês conseguem trocar informações com outros espaços que realizam as investigações da sífilis de outros Estados ou Municípios? *

- Sim
- Não

26. Quem participa dessa interação? *

- Representante da Vigilância Epidemiológica estadual
- Representante da Atenção Primária estadual
- Representante das Infecções Sexualmente Transmissíveis estadual
- Representante da Atenção Hospitalar estadual
- Representante da Vigilância Epidemiológica municipal
- Representante da Atenção Primária municipal
- Representante das Infecções Sexualmente Transmissíveis municipal
- Representante da Atenção Hospitalar municipal
- Conselho Regional de Medicina
- Conselho Regional de Enfermagem
- Sociedades e Associações Científicas
- Conselhos de Saúde
- Ministério Público
- Movimentos Sociais
- Convidados "ad hoc"
- Outro (s)

27. O que mudou após essa interação? *

Sua resposta

28. O projeto de resposta rápida a sífilis contribuiu nessa interação junto a outros estados e municípios? *

- Sim

Explique / Justifique?

Sua resposta

- Não

29. Se você pudesse dar uma sugestão para um Estado que está começando o processo de implementação do espaço que realiza as investigações da sífilis, qual seria? *

Sua resposta

30. Qual o número de casos de sífilis investigados mensalmente pelo espaço que realiza as investigações no seu Estado: *

- Nenhum
- Até 5
- Até 10
- Até 20
- Mais de 20

31. Qual o número de casos em que após a investigação houve feedback para a rede de atenção pelo espaço que realiza as investigações no seu Estado: *

- Nenhum
- Até 5
- Até 10
- Até 20
- Mais de 20

32. Na sua opinião, o processo de implementação dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis deve ser diferenciado de acordo com as especificidades culturais de cada um dos Estados brasileiros? *

- Sim

Explique / Justifique?

Sua resposta

- Não

Explique / Justifique?

Sua resposta

33. Na sua opinião a Rede de Atenção Primária à Saúde encontra-se em condições estruturais e funcionais para atender os critérios de investigações dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis? *

- Sim

Explique / Justifique?

Sua resposta

- Não

Explique / Justifique

Sua resposta

34. Na sua opinião, os gestores e profissionais de saúde de Atenção Primária à Saúde encontram-se treinados e motivados para atender os critérios de investigação dos espaços de investigação da transmissão vertical da sífilis?*

- Sim

Explique / Justifique?

Sua resposta

- Não

Explique / Justifique

Sua resposta

35. Colaborador marque SIM para continuar o questionário: *

- Sim
- Não

PARTE 2 - PROCESSO DE TRABALHO E IMPORTÂNCIA DO TRABALHO PARA RESPOSTA À SÍFILIS

36. Qual ou quais a/as estratégia (s) do espaço Estadual que realiza as investigações da sífilis para identificar as possíveis oportunidades perdidas na prevenção da transmissão vertical da sífilis na rede de

Sua resposta

atenção? *

37. Existe um protocolo com processos definidos que são rotineiramente seguidos no espaço Estadual para as investigações dos casos de sífilis? *

- Sim

Descreva quais protocolos utilizam?

Sua resposta

- Não

Descreva o motivo:

Sua resposta

38. Após as investigações dos casos de transmissão vertical da sífilis, quais as conclusões ou resultados? *

(Citar pelo menos 3 (três) resultados ou conclusões que aparecem com mais frequência).

Sua resposta

39. A partir das conclusões ou resultados encontrados, cite pelo menos duas tomadas de decisão para os desfechos de casos investigados na área da Assistência: *

Assistência, descreva:

Sua resposta

40. A partir das conclusões ou resultados encontrados, cite pelo menos duas tomada de decisão para os desfechos de casos investigados na área da Vigilância: *

Vigilância, descreva:

Sua resposta

41. É feito o retorno (exemplo: discussão) dos casos de sífilis investigados para a rede de atenção?

- Sim

Explique / Justifique como é feito?

Sua resposta

- Não

Explique / Justifique

Sua resposta

42. Na sua opinião, o espaço que realiza as investigações da sífilis é fundamental para a rede de resposta à sífilis no seu estado? *

- Sim

Por quê?

Sua resposta

- Não

43. Na sua opinião qual o papel do espaço Estadual que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis? *

- Investigar os casos de transmissão vertical da sífilis no estado
- Dar feedback para a rede de atenção à saúde do estado
- Qualificar a rede de saúde municipal com base nos casos investigados
- Papel de normatizador/regulamentador para os municípios
- Outros

Explique / Justifique

Sua resposta

44. O espaço Estadual que realiza as investigações da sífilis cumpre o seu papel?*

- Sim

Por quê?

Sua resposta

- Não

Por quê?

Sua resposta

45. O que precisa melhorar no processo de trabalho do espaço Estadual que realiza as investigações da sífilis? *

- Dar retorno para a rede de atenção
- Diversificar os casos investigados
- Ter um número de casos investigados mais representativo
- Ter outros representantes na composição do espaço
- Outro

Qual ou quais?

Sua resposta

46. Quais características socioculturais do seu Estado contribuem para potencializar as intervenções locais realizadas pelo espaço de investigação da sífilis *

Descrever pelo menos 2 (duas) potencialidades:

Sua resposta

47. Quais características socioculturais do seu Estado contribuem para fragilizar as intervenções locais realizadas pelo espaço de investigação da sífilis* Descrever pelo menos 2 (duas) fragilidades:

Sua resposta

48. Na confirmação positiva de caso de sífilis congênita, o espaço para investigação de sífilis mantém controle de investigação da mãe e criança por quanto tempo? *

- 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- Não mantém controle

Justifique / Explique

Sua resposta

49. Na confirmação positiva de caso de sífilis congênita, o espaço para investigação de sífilis mantém controle de investigação sobre o (a) parceiro (a) sexual da mãe? *

- Sim
- Não

50. Anotações/comentários/considerações sobre a entrevista, caso seja necessário.

Sua resposta

**ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE
APRECIÇÃO ÉTICA (CEP/HUOL/UFRN)**

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical da sífilis nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Pesquisador: THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50254021.0.0000.5292

Instituição Proponente: Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.972.821

Apresentação do Projeto:

O estudo é de caráter qualitativo, será realizado por meio de análise documental e bibliográfica de arquivos já publicados e de acesso público: portarias, decretos, manuais, relatórios, artigos científicos, teses e dissertações. Também serão coletadas informações através de questionário semi-estruturado, este que já foi validado por 3 (três) especialistas, todos com 15 (quinze) anos ou mais de tempo de serviço na temática do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar o manejo da sífilis no país.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritas, sendo os riscos menores que os benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em Sífilis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes.

Recomendações:

- O CEP HUOL/UFRN informa ao pesquisador que está em vigor a Lei Geral de proteção de dados-

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.972.821

LGPD, e, vem reforçar a orientação que a aludida Lei dispõe sobre a responsabilidade na proteção e guarda dos dados sensíveis coletados e manipulados. Assim reforça-se a importância do sigilo, guarda e consentimento utilização dos dados sob pena de possíveis responsabilizações de dados extraviados ou utilizados indevidamente, bem como aqueles coletados sem a anuência e/ou ciência da sua utilização, ou utilizados para fins diversos daqueles consentidos. O presente aviso tem a finalidade de reforçar à vigência da LGPD e orientar sobre a necessidade guarda e proteção de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

- O CEP HUOL/UFRN alerta que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, seguindo as recomendações das normas sanitárias vigentes da região durante a pandemia do coronavírus (COVID-19).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após retificações e esclarecimentos éticos está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

Página 02 de 06

**UFRN - HOSPITAL
 UNIVERSITÁRIO ONOFRE
 LOPES DA UNIVERSIDADE
 FEDERAL DO RIO GRANDE DO
 NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.972.821

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1772595.pdf	06/09/2021 09:39:25		Aceito
Outros	respostas_pendencias_06_09_21.pdf	06/09/2021 09:38:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_06_09_21.docx	06/09/2021 09:35:07	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_modificada.pdf	28/07/2021 15:24:55	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_detalhado_modificado.docx	27/07/2021 10:47:19	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	respostas_pendencias.pdf	26/07/2021 16:19:21	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	26/07/2021 16:14:06	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	documentos_orientadora.pdf	23/07/2021 18:03:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	TODOsstermosdeconfidencialidade.pdf	23/07/2021 17:59:23	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	declaracao_naoinicio.pdf	22/07/2021 17:55:28	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	formulario_pesquisador.pdf	22/07/2021 17:54:50	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TOCANTINS.pdf	22/07/2021 15:12:02	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SERGIPE.pdf	22/07/2021 15:11:54	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SANTA_CATARINA.pdf	22/07/2021 15:11:44	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	RORAIMA.pdf	22/07/2021 15:11:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.972.821

Ausência	RORAIMA.pdf	22/07/2021 15:11:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RONDONIA.pdf	22/07/2021 15:11:25	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIOGRANDEDOSUL.pdf	22/07/2021 15:10:51	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIOGRANDEDONORTE.pdf	22/07/2021 15:10:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIO_DE_JANEIRO.pdf	22/07/2021 15:09:46	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PIAUI.pdf	22/07/2021 15:09:17	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PERNAMBUCO.pdf	22/07/2021 15:08:57	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARANA.pdf	22/07/2021 15:08:48	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARAIBA.pdf	22/07/2021 15:08:39	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARA.pdf	22/07/2021 15:08:29	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MINAS_GERAIS.pdf	22/07/2021 15:08:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	MATOGROSSODOSUL.pdf	22/07/2021 15:07:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.972.821

Ausência	MATOGROSSODOSUL.pdf	22/07/2021 15:07:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MATO_GROSSO.pdf	22/07/2021 15:05:49	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MARANHAO.pdf	22/07/2021 15:05:17	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	GOIAS.pdf	22/07/2021 15:04:58	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ESPIRITO_sANTO.pdf	22/07/2021 15:04:21	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISTRITO_FEDERAL.pdf	22/07/2021 15:03:55	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEARA.pdf	22/07/2021 15:03:09	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	BAHIA.pdf	22/07/2021 15:03:02	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AMAZONAS.pdf	22/07/2021 15:02:42	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AMAPA.pdf	22/07/2021 15:02:32	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALAGOAS.pdf	22/07/2021 15:01:46	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	ACRE.pdf	22/07/2021 15:00:16	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.972.821

Ausência	ACRE.pdf	22/07/2021 15:00:16	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	questionario_de_pesquisa.docx	22/07/2021 14:56:49	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 14 de Setembro de 2021

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

**ANEXO III – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE
APRECIÇÃO ÉTICA (CEP LEIDE DAS NEVES
FERREIRA/GO)**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical da sífilis nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Pesquisador: THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50254021.0.3001.5082

Instituição Proponente: Superintendência de Vigilância em Saúde

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.048.683

Apresentação do Projeto:

Os Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) têm por objetivo analisar os eventos de agravos evitáveis e são capazes de apontar medidas de intervenção para a sua região de abrangência, a depender de sua relação com as redes de vigilância e atenção. Eles têm função educativa, por meio de uma atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, além de investigar as oportunidades perdidas na PTVS e contribuir para a melhoria da informação e qualificação da vigilância e assistência prestada¹.

Os Comitês de Investigação da Transmissão Vertical-CITV são estratégicos para a prevenção da transmissão vertical da sífilis-PTVS, principalmente pelo seu papel na análise de oportunidades que foram perdidas pela rede de vigilância e atenção, seu potencial de identificar falhas e dificuldades na resposta à sífilis e por se configurar como espaço de recomendação de medidas de intervenção para qualificar a rede de serviços de saúde. Os CITV são espaços relevantes para a PTVS e a manutenção deles como eixo de prevenção é fundamental para redução da sífilis congênita e conseqüentemente da mortalidade infantil.

A trajetória de implementação dos CITV e sua consolidação nos estados e municípios envolve princípios e diretrizes das políticas de saúde da mulher, da criança e das infecções sexualmente transmissíveis, aplicadas às áreas de vigilância e cuidado na rede de serviços de saúde no território. No Brasil, tais princípios advêm dos primeiros contornos programáticos para uma resposta integrada à saúde da mulher e à criança recém nascida, bem como da coordenação

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

nacional de resposta à Aids, posteriormente denominado Programa Nacional de DST/Aids, todos eles produtos dos movimentos sociais e reforma sanitária que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988-3.

Problema de pesquisa:

A pesquisa busca responder às seguintes questões:

Qual o papel dos comitês para a resposta rápida a sífilis?;

Qual a situação dos CITV nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal?;

Quais as dinâmicas de intervenção dos CITV na rede de resposta à sífilis no Brasil?

Qual a natureza da integração dos CITV na rede de atenção à saúde?

Até que ponto a diversidade cultural dos diferentes estados configuram a intervenção dos CITV?

Metodologia:

O estudo é de caráter qualitativo, será realizado por meio de análise documental e bibliográfica de arquivos já publicados e de acesso público: portarias, decretos, manuais, relatórios, artigos científicos, teses e dissertações. Também serão coletadas informações através de questionário semi-estruturado, que está dividido em duas partes, a saber: parte 1 (implementação e sustentabilidade dos CITV/espço de investigação da sífilis; parte 2 (processo de trabalho e importância do trabalho para resposta à sífilis). O questionário para a pesquisa foi validado por 3 especialistas, todos com 15 (quinze) anos ou mais de tempo de serviço na temática da transmissão vertical da sífilis, 2 (dois) deles fazem parte da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2 (dois) têm titulação de mestrado e 1 (um) de doutorado. Os especialistas foram escolhidos por meio da busca do currículo lattes. A validação do questionário foi dada pelo critério de relevância, coerência e compreensão, de cada item, em uma escala de likert de 1 a 5, respectivamente, distribuída da seguinte forma: discordo totalmente; discordo; não concordo nem discordo; concordo; e concordo totalmente. Além disto, havia um espaço em cada questão para descrever alterações que o especialista identificasse como necessárias, e um espaço ao final de cada parte para indicar sugestões de outras questões pertinentes para a pesquisa.

Local e população de estudo:

A coleta de dados será realizada de forma presencial, em cada estado, exceto o estado de São Paulo, junto a um ponto estratégico do CITV/espço de investigação que realiza as investigações

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

da transmissão vertical da sífilis, que poderá responder o questionário uma única vez, respeitando as diretrizes do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP proponente. Todos aqueles que enquadrarem-se nos critérios de inclusão poderão participar.

Critérios de inclusão:

O critério de inclusão para ser participante da pesquisa é trabalhar na Secretária Estadual de Saúde do estado de cada um dos 25 estados brasileiros e do Distrito Federal.

Critérios de exclusão:

O critério de exclusão para ser participante da pesquisa é manifestar não concordância em participar ou desistir de participar da pesquisa após iniciada a entrevista.

Procedimentos de coleta de dados:

Os dados serão coletados por meio do FormLais. Para a coleta de dados da pesquisa será contratado um colaborador bolsista em cada estado e um no Distrito Federal, estes que fazem parte da equipe de pesquisa.

Os entrevistados terão a liberdade de expor questões que acreditam serem pertinentes, mesmo que estejam fora do contexto da pergunta, mas que respeitem os diretrizes aprovados pelo CEP e que tratem do objeto do estudo. Portanto, há um espaço de observações ao final do questionário. Assuntos abordados que se enquadrem na fuga ao tema e indiquem conflito de interesse serão desconsiderados, bem como informações pessoais ou relacionadas a dados que expõe a administração, gestão ou outrem.

Procedimentos de análise de dados:

Os resultados serão analisados por unidades temáticas, seguindo o objetivo do estudo, a saber: mapeamento dos CITV/espacos de investigação da sífilis; o papel dos CITV/ espacos de investigação da sífilis; iniciativas realizadas e decisões tomadas pelo CITV/espaco de investigação da sífilis; articulações e inserções das ações dos CITV/espacos de investigação da sífilis para a prevenção da TV da sífilis no Brasil. Os dados serão analisados em três fases: pró-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação dos dados¹

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Discutir o papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) da Sífilis, no Brasil, para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Objetivos Específicos

- Mapear os CITV da sífilis nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.
- Descrever e analisar as principais iniciativas realizadas e decisões tomadas pelo CITV nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.
- Analisar a articulação e inserção das ações dos CITV para a prevenção da transmissão vertical da sífilis no Brasil na perspectiva da diversidade cultural entre os estados brasileiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os dados serão analisados por estado, região e país. Segundo as pesquisadoras, os riscos serão os de identificação dos participantes.

Para minimizar os riscos o questionário será aplicado de forma que não identifique os participantes. Portanto não constará nome, endereço ou telefone.

Benefícios

Também segundo as pesquisadoras, tendo em vista a relevância técnico-científica e social para a PTVS no que diz respeito a redução da sífilis congênita e conseqüentemente da mortalidade infantil.

A fim de responder às recomendações do MS e das políticas e agendas públicas, este estudo apresentará condicionantes para a sustentabilidade e funcionamento permanente dos CITV, bem como abordará o papel dos espaços de investigação na resposta rápida a sífilis como capazes de identificar falhas na rede de atenção e propor medidas de intervenção e melhoria para a assistência e vigilância.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está metodologicamente adequado, pois apresenta:

1. Antecedentes científicos teóricos (e informações públicas) que justifiquem a pesquisa

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

2. Descrição clara e objetiva do problema de pesquisa
3. Objetivos bem definidos e delineados, harmonizados com os problemas, plausíveis de serem atingidos através do método proposto
4. Seção de materiais e métodos tem explicitação clara dos procedimentos de coleta de dados
5. Seção de materiais e métodos tem descrição dos métodos de análise e interpretação dos dados e os mesmos são adequados
6. Descrição minuciosa do local e população de estudo
7. Descrição minuciosa de critérios de inclusão e de exclusão
8. Descrição dos componentes da equipe de pesquisadores,
9. Orçamento discriminando fontes e aplicação de recursos, demonstrando viabilidade da pesquisa

O projeto de pesquisa está eticamente adequado, pois apresenta:

1. Forma de aplicação do TCLE
2. Análise crítica adequada de riscos previsíveis e benefícios ao participante da pesquisa
3. Garantias éticas de privacidade na coleta de dados
4. Garantias éticas de sigilo e confidencialidade na guarda dos dados:
5. Garantia ética de anonimato do participante e da instituição envolvida
6. Garantia ética de ressarcimento ou provimento material prévio
7. Compromisso de tornar públicos os resultados
8. Compromisso de tornar públicos os resultados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os seguintes documentos:

• Folha de rosto está adequada pois:

1. Tem identificação e assinatura do pesquisador
2. Tem identificação da instituição proponente com identificação e assinatura do responsável por autorizar a pesquisa na proponente

• Termo de Compromisso Ético dos Pesquisadores está adequado pois:

1. Menciona do nome completo de todos os pesquisadores no corpo da declaração
2. Menciona que todos os pesquisadores conhecem o teor do projeto
3. Menciona que todos os pesquisadores conhecem e se comprometem a cumprir a Resolução CNS 466/12 e todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

4. Apresenta compromisso de tornar públicos os resultados da pesquisa
5. Apresenta compromisso de entrega de relatórios parciais e final ao CEP
6. Apresenta compromisso de sigilo, confidencialidade, privacidade, anonimato
7. Tem assinatura de todos os pesquisadores

• Declaração de Ciência e Autorização de Pesquisa pela Unidade Proponente está adequada pois:

1. Menciona o nome da pesquisa e do pesquisador responsável
2. O responsável institucional menciona que conhece o teor da pesquisa, autoriza a mesma após aprovação pelo sistema CEP/CONEP
3. O responsável institucional menciona que está ciente de sua corresponsabilidade pelo projeto e de seu compromisso e responsabilidade pela guarda, segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa e seus dados, dispondo de infraestrutura necessária para essa garantia
4. Com assinatura e carimbo do responsável institucional em autorizar a pesquisa

• Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado pois apresenta:

1. Linguagem acessível/compreensível aos candidatos a participar da pesquisa
2. Justificativa da pesquisa
3. Objetivos da pesquisa
4. Procedimentos que serão realizados com os participantes
5. Desconfortos e riscos previsíveis associados à participação na pesquisa
6. Benefícios razoavelmente esperados para participantes ou para terceiros
7. Garantia de esclarecimentos a qualquer momento
8. Liberdade de recusa
9. Garantia de sigilo, privacidade, confidencialidade dos dados
10. Garantia de anonimato do participante e da instituição envolvida
11. Identificação, email e telefone dos pesquisadores
12. Telefone/endereço/email do CEP
13. Espaço para assinatura do participante da pesquisa ou seu representante legal
14. Espaço para impressão digital, se houver participante não alfabetizado, com espaço para testemunha assinar
15. Espaço para assinatura do pesquisador responsável

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise, esta relatoria considera o projeto de pesquisa aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Os(as) pesquisadores(as) devem apresentar a este CEP/CEEPP-LNF os relatórios parciais, a cada seis meses, e relatório final da pesquisa, quando o trabalho científico estiver pronto e defendido junto à instituição proponente. O relatório deve seguir modelo próprio do CEP. Solicite o mesmo ao email <cep.ceepp@gmail.com>.

O CEP/CEEPP-LNF pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento e executar monitoramento "in loco" para avaliação e verificação do cumprimento das normas éticas, a Resolução 466/12 e suas complementares.

Os(as) pesquisadores(as) devem cumprir o fluxo de pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, instituído pela portaria 609/2020-SES-GO, disponível no link <<https://www.saude.go.gov.br/sesg/pesquisa-e-inovacao>>. Assim devem obter uma autorização final da SES-GO para a pesquisa, autorização esta emitida pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/09/2021 10:07:57	GELSE GONZALEZ DA SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1825993.pdf	16/09/2021 10:08:28		Aceito
Outros	curriculolattes_Thereza.pdf	16/09/2021 10:08:13	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	curriculolattes_Daniela.pdf	16/09/2021 10:06:52	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	termosGO.pdf	16/09/2021 10:06:28	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	respostas_pendencias_06_09_21.pdf	06/09/2021 09:38:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_modificado_06_09_21.docx	06/09/2021	THEREZA CRISTINA	Aceito

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20**Bairro:** Jardim Santo Antônio**CEP:** 74.853-070**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3201-3408**E-mail:** cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_06_09_21.docx	09:35:07	DE SOUZA MARECO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_detalhado_modificado.docx	27/07/2021 10:47:19	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	respostas_pendencias.pdf	26/07/2021 16:19:21	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	26/07/2021 16:14:06	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	documentos_orientadora.pdf	23/07/2021 18:03:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	TODOsstermosdeconfidencialidade.pdf	23/07/2021 17:59:23	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	declaracao_naoinicio.pdf	22/07/2021 17:55:28	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	formulario_pesquisador.pdf	22/07/2021 17:54:50	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TOCANTINS.pdf	22/07/2021 15:12:02	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SERGIPE.pdf	22/07/2021 15:11:54	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SANTA_CATARINA.pdf	22/07/2021 15:11:44	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RORAIMA.pdf	22/07/2021 15:11:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RONDONIA.pdf	22/07/2021 15:11:25	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIOGRANDEDOSUL.pdf	22/07/2021 15:10:51	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIOGRANDEDONORTE.pdf	22/07/2021 15:10:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20**Bairro:** Jardim Santo Antônio**CEP:** 74.853-070**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3201-3408**E-mail:** cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

Ausência	RIOGRANDEDONORTE.pdf	22/07/2021 15:10:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIO_DE_JANEIRO.pdf	22/07/2021 15:09:46	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PIAUI.pdf	22/07/2021 15:09:17	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PERNAMBUCO.pdf	22/07/2021 15:08:57	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARANA.pdf	22/07/2021 15:08:48	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARAIBA.pdf	22/07/2021 15:08:39	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARA.pdf	22/07/2021 15:08:29	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MINAS_GERAIS.pdf	22/07/2021 15:08:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MATOGROSSODOSUL.pdf	22/07/2021 15:07:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MATO_GROSSO.pdf	22/07/2021 15:05:49	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MARANHAO.pdf	22/07/2021 15:05:17	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	GOIAS.pdf	22/07/2021 15:04:58	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de	ESPIRITO_sANTO.pdf	22/07/2021	THEREZA CRISTINA	Aceito

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20**Bairro:** Jardim Santo Antônio**CEP:** 74.853-070**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3201-3408**E-mail:** cep.ceep@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

Assentimento / Justificativa de Ausência	ESPIRITO_sANTO.pdf	15:04:21	DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISTRITO_FEDERAL.pdf	22/07/2021 15:03:55	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEARA.pdf	22/07/2021 15:03:09	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	BAHIA.pdf	22/07/2021 15:03:02	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AMAZONAS.pdf	22/07/2021 15:02:42	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AMAPA.pdf	22/07/2021 15:02:32	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALAGOAS.pdf	22/07/2021 15:01:46	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ACRE.pdf	22/07/2021 15:00:16	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	questionario_de_pesquisa.docx	22/07/2021 14:56:49	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20**Bairro:** Jardim Santo Antônio**CEP:** 74.853-070**UF:** GO**Município:** GOIANIA**Telefone:** (62)3201-3408**E-mail:** cep.ceepp@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.048.683

GOIANIA, 20 de Outubro de 2021

Assinado por:
GELSE GONZALEZ DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua 26, n. 521, Sala 20

Bairro: Jardim Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.ceepp@gmail.com

**ANEXO IV – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE
APRECIÇÃO ÉTICA (CEP DA ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA DA SES/RS)**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical da sífilis nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Pesquisador: THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50254021.0.3002.5312

Instituição Proponente: ESCOLA DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.205.165

Apresentação do Projeto:

Esta é a segunda versão do projeto de pesquisa intitulado "O papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical da sífilis nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.", requisito parcial para obtenção do título de doutorado em Relações Interculturais no Departamento de Ciências Sociais e de Gestão da Universidade Aberta de Portugal, que tem parceria institucional com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a ser realizado por Thereza Cristina de Souza Mareco, orientada por Ana Paula Cruz Beja Orrico Horta e coorientada por Thaísa Gois Farias de Moura Santos Lima e Marquiony Marques dos Santos.

Trata-se de um estudo de "caráter qualitativo, será realizado por meio de análise documental e bibliográfica de arquivos já publicados e de acesso público e também serão coletadas informações através de questionário semi-estruturado aberto, via FormLais, software inteligente desenvolvido pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (...) Este estudo será realizado nos 25 estados mais o Distrito Federal. Os 26 termos de anuência institucionais já foram coletados. Importa salientar que o estado de São Paulo se recusou a partir da pesquisa. A prospecção para a coleta de dados é de setembro a outubro de 2021. O financiador da pesquisa é o Projeto "Sífilis Não!". O Projeto "Sífilis Não!" é financiado pelo Ministério da Saúde pelo TED 54/2017."

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE
SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 5.205.165

O projeto apresenta os elementos básicos, segundo as normas de redação científica e o tema da pesquisa é relevante para saúde pública.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apresentam como objetivo geral da pesquisa:

"Discutir o papel dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) da Sífilis, no Brasil, para a prevenção da transmissão vertical da sífilis."

E como objetivos específicos

"Mapear os CITV da sífilis nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal; Descrever e analisar as principais iniciativas realizadas e decisões tomadas pelo CITV nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal; Analisar a articulação e inserção das ações dos CITV para a prevenção da transmissão vertical da sífilis no Brasil na perspectiva da diversidade cultural entre os estados brasileiros."

Os objetivos estão claros e podem ser alcançados por meio dos procedimentos metodológicos descritos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na primeira versão do projeto, quanto aos riscos, os pesquisadores descrevem (no FIB e Projeto detalhado):

"Os dados serão analisados por estado, região e país. Os riscos serão os de identificação dos participantes. Para minimizar os riscos o questionário será aplicado de forma que não identifique os participantes. Portanto não constará nome, endereço ou telefone."

E, no TCLE: "Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer possíveis riscos decorrentes da sua participação na pesquisa, como exemplo, identificação pessoal ou local de atuação, ou seja, a quebra de sigilo e confidencialidade. Entretanto, estes riscos são minimizados da seguinte forma: o questionário será aplicado de forma que não o identifique, ou seja, não constará nome, endereço ou telefone."

Em 2ª versão, após pendências, os pesquisadores informam a gradação do risco da pesquisa como mínimo (PENDÊNCIA 1), descrevendo no Projeto detalhado e TCLE: "Os dados serão analisados por estado, região e país. Seguindo a resolução 510/2016 (artigo 21) os riscos da pesquisa são todos de níveis mínimos, e estes estão associados a identificação dos participantes. Para minimizar os

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 **E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br

Página 02 de 08

riscos mínimos da pesquisa o questionário será aplicado de forma que não identifique os participantes. Portanto não constará nome, endereço ou telefone."

No que se refere aos benefícios, os pesquisadores apresentam no FIB e projeto detalhado: "Tendo em vista a relevância técnico-científica e social para a PTVS no que diz respeito a redução da sífilis congênita e consequentemente da mortalidade infantil. A fim de responder às recomendações do MS e das políticas e agendas públicas, este estudo apresentará condicionantes para a sustentabilidade e funcionamento permanente dos CITV, bem como abordará o papel dos espaços de investigação na resposta rápida a sífilis como capazes de identificar falhas na rede de atenção e propor medidas de intervenção e melhoria para a assistência e vigilância."

No TCLE, os pesquisadores informam: "Como benefícios da pesquisa, se você aceitar participar, não haverá benefícios diretos, mas estará contribuindo para o enfrentamento da sífilis e consequentemente da mortalidade infantil."

Os benefícios estão apresentados de forma semelhante nos documentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"O estudo é de caráter qualitativo, será realizado por meio de análise documental e bibliográfica (...) e também serão coletadas informações através de questionário semi-estruturado, que está dividido em duas partes, a saber: parte 1 (implementação e sustentabilidade dos CITV/espaco de investigação da sífilis; parte 2 (processo de trabalho e importância do trabalho para resposta à sífilis)."

"A coleta de dados será realizada de forma presencial, em cada estado, junto a um ponto estratégico do CITV/espaco de investigação que realiza as investigações da transmissão vertical da sífilis, que poderá responder o questionário uma única vez, respeitando as diretrizes do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP proponente."

Como critério de inclusão, os pesquisadores descrevem: "O critério da inclusão para ser participante da pesquisa é trabalhar na Secretária Estadual de Saúde do estado de cada um dos 25 estados brasileiros e do Distrito Federal." N=26.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 **E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br

E como critério de exclusão: "Manifestar não concordância em participar ou desistir de participar da pesquisa após iniciada a entrevista."

"O tempo para preenchimento do questionário é em torno de 70 minutos."

O orçamento apresentado está de acordo com os objetivos da pesquisa.

Em segunda versão, o cronograma foi atualizado quanto ao início da coleta de dados no Projeto Detalhado (PENDÊNCIA 2).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em segunda versão, a gradação do risco foi inserida no TCLE (PENDÊNCIA 1), bem como, foram inseridos os dados de contato do CEPS-ESP/RS (PENDÊNCIA 3).

O TAI é apresentado corretamente e assinado por Péricles Stehmann Nunes, diretor do Departamento de Atenção Primária e de Políticas Públicas de Saúde da SES-RS.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam as pendências apontadas em parecer anterior (listadas abaixo) e o projeto está apto a ser realizado.

1- Incluir a gradação dos riscos da pesquisa em todos os documentos do protocolo. Segundo a Resolução 510/2016 (art. 21), o risco deve ser previsto no protocolo e graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

2- Atualizar o cronograma quanto ao início da coleta de dados. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 **E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.205.165

3- Quanto ao TCLE:

3.1 - Incluir os dados de endereço, e-mail e contato telefônico do CEPS-ESP/RS (PENDÊNCIA ATENDIDA).

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1825994.pdf	13/01/2022 17:08:11		Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIAS.pdf	13/01/2022 17:07:27	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	novo_TCLE_modificado.docx	13/01/2022 17:02:47	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	novo_brochura_detalhado_modificado.docx	13/01/2022 17:00:10	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	declaracao.pdf	16/12/2021 10:30:56	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	Parecer.pdf	16/12/2021 10:29:26	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	TAI.pdf	16/12/2021 10:28:48	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	cartaRS.pdf	15/09/2021 11:25:19	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	respostas_pendencias_06_09_21.pdf	06/09/2021 09:38:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_06_09_21.docx	06/09/2021 09:35:07	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_detalhado_modificado.docx	27/07/2021 10:47:19	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	respostas_pendencias.pdf	26/07/2021 16:19:21	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_modificado.docx	26/07/2021	THEREZA CRISTINA	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.205.165

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	16:14:06	DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	documentos_orientadora.pdf	23/07/2021 18:03:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	TODOSostermosdeconfidencialidade.pdf	23/07/2021 17:59:23	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	declaracao_naoinicio.pdf	22/07/2021 17:55:28	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
Outros	formulario_pesquisador.pdf	22/07/2021 17:54:50	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TOCANTINS.pdf	22/07/2021 15:12:02	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SERGIPE.pdf	22/07/2021 15:11:54	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SANTA_CATARINA.pdf	22/07/2021 15:11:44	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RORAIMA.pdf	22/07/2021 15:11:36	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RONDONIA.pdf	22/07/2021 15:11:25	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIOGRANDEDOSUL.pdf	22/07/2021 15:10:51	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIOGRANDEDONORTE.pdf	22/07/2021 15:10:22	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RIO_DE_JANEIRO.pdf	22/07/2021 15:09:46	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PIAUI.pdf	22/07/2021 15:09:17	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.205.165

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PERNAMBUCO.pdf	22/07/2021 15:08:57	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARANA.pdf	22/07/2021 15:08:48	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARAIBA.pdf	22/07/2021 15:08:39	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARA.pdf	22/07/2021 15:08:29	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MINAS_GERAIS.pdf	22/07/2021 15:08:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MATOGROSSODOSUL.pdf	22/07/2021 15:07:20	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MATO_GROSSO.pdf	22/07/2021 15:05:49	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MARANHAO.pdf	22/07/2021 15:05:17	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	GOIAS.pdf	22/07/2021 15:04:58	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ESPIRITO_sANTO.pdf	22/07/2021 15:04:21	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISTRITO_FEDERAL.pdf	22/07/2021 15:03:55	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	CEARA.pdf	22/07/2021 15:03:09	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

Continuação do Parecer: 5.205.165

Ausência	CEARA.pdf	22/07/2021 15:03:09	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	BAHIA.pdf	22/07/2021 15:03:02	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AMAZONAS.pdf	22/07/2021 15:02:42	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AMAPA.pdf	22/07/2021 15:02:32	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALAGOAS.pdf	22/07/2021 15:01:46	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ACRE.pdf	22/07/2021 15:00:16	THEREZA CRISTINA DE SOUZA MARECO	Aceito
Outros	questionario_de_pesquisa.docx	22/07/2021 14:56:49	THEREZA CRISTINA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Sara Brunetto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br