

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ALINE DOS SANTOS PINHEIRO

**ANÁLISE DO PERFIL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE
CARIACICA-ES À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E
NEONATAL**

**VITÓRIA
2024**

ALINE DOS SANTOS PINHEIRO

**ANÁLISE DO PERFIL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE
CARIACICA-ES À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E
NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA

2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

P654a Pinheiro, Aline dos Santos
Análise do perfil de gestantes com sífilis no município de Cariacica-ES à luz da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal / Aline dos Santos Pinheiro - 2024.
92 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2024.

1. Políticas públicas. 2. Saúde da mulher – Cariacica (ES). 3. Gestantes – saúde - perfil. 4. Sífilis – gravidez. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.9513

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisângela Terra Barbosa – CRB6/608

ALINE DOS SANTOS PINHEIRO

**ANÁLISE DO PERFIL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE
CARIACICA-ES À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E
NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em: _____ de _____ de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia
(Membro interno)

Prof^a. Dr^a. Giovana Marchado Souza Simões
Instituto Capixaba de ensino, Pesquisa e Inovação de Saúde
(Membro externo)

Eu sonhei, Deus permitiu!

“Gratidão”

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela constante presença e a me permitir alcançar a execução e a conclusão do Mestrado, curso que sempre foi um desejo para mim.

Dedico este trabalho a minha mãe, **Ana**, fonte incansável de amparo, incentivo sabedoria e coragem. Incluo aqui também meu esposo **José Hilton**, que entendeu as minhas ausências e sempre foi meu porto seguro nesta trajetória. Um agradecimento especial aos meus filhos, **Gustavo e Guilherme**, que me acompanharam nessa trajetória, me impulsionando a conseguir finalizar esse processo. Não posso deixar de aqui mencionar **minha família em geral**, que sempre me motivou em suas palavras positivas. Obrigada pela motivação que sempre recebi de vocês.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. **Luciana Carrupt Machado Sogame**, por todo ensinamento e dedicação e por ter me ensinado a refletir em cada etapa deste trabalho, foi fundamental e de extrema importância nesse longo trajeto de aprendizado. Muito obrigada!

À minha querida Prof^a. Dr^a. **Roberta Ribeiro Batista Barbosa**, pelas inúmeras contribuições ao longo do curso e pela contribuição ao ser membro interno da banca.

À Prof^a. Dr^a. **Cintia de Lima Garcia** pela sua disponibilidade em contribuir com o desenvolvimento desta dissertação ao ser membro externo da banca examinadora.

Às mulheres por terem contribuído com os dados notificados a partir dos quais foi possível compreender melhor as questões que são importantes para elas enquanto pacientes. Essa compreensão é essencial para orientar nossos esforços na melhoria dos cuidados de saúde e no desenvolvimento de soluções que atendam às suas necessidades e expectativas.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica - ES** pela confiabilidade na execução deste projeto.

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – **EMESCAM**
pela minha formação no Mestrado.

"Bem sei eu que tudo podes, e que nenhum dos teus propósitos pode ser impedido."

(Jó 42:2)

RESUMO

Introdução: A sífilis é um sério problema de saúde pública. A principal via de transmissão é o contato sexual e, quando não tratada, durante a gestação, pode ocasionar complicações para o bebê. Em prol de atenção humanizada, o Ministério da Saúde formalizou a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal instituída em 2011 com o objetivo de orientar e organizar a assistência à gestante, parturiente e recém-nascidos no sistema de saúde brasileiro. **Objetivo:** Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de gestantes com diagnóstico de sífilis à luz da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no município de Cariacica-ES. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória caracterizada por estudo transversal com coleta retrospectiva de dados secundários de casos notificados, entre 2017 a 2021, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Secretária de Saúde do município de Cariacica (SEMUS). Foram coletadas as informações: idade; raça; escolaridade; zona de residência; nível de atenção em saúde; idade gestacional; classificação clínica e tratamento. Realizou-se análise descritiva dos dados. **Resultados:** No período entre 2017 a 2021 houve 1.258 casos de sífilis gestacional. A faixa etária de 20 a 24 anos representou 34,1%, e 66,9% se autodeclararam negras. A maioria tinha o ensino fundamental e médio incompleto (40,4%), 87,8% residiam na zona urbana, 51,4% foram atendidas na atenção primária e 21,2% declararam idade gestacional no primeiro trimestre da gravidez. Clinicamente, 17,9% estavam na fase latente e a penicilina G benzatina 7.200.000UI foi a mais prescrita para o tratamento (74,2%). **Conclusão:** A maioria das mulheres são adultas jovens, negras e com baixa escolaridade e buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A idade gestacional foi frequentemente omitida e os testes realizados apresentaram taxas de resultados reagentes consideráveis. Isso destaca a importância de aprimorar estratégias nas UBSs, conscientizar as gestantes sobre a sífilis, seus riscos e a importância do pré-natal adequado, o que é preconizado na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Essas estratégias podem contribuir para melhorar a detecção precoce e o tratamento eficaz da sífilis em gestantes, reduzindo assim os riscos para a mãe e o feto no manejo desses casos.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde. Gestantes. Sífilis. Perfil.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a serious public health issue. The main transmission route is sexual contact, and when left untreated during pregnancy, it can lead to complications for the baby. In the pursuit of humanized care, the Ministry of Health formalized the National Policy of Obstetric and Neonatal Care established in 2011 with the aim of guiding and organizing care for pregnant women, parturients, and newborns in the Brazilian health system. **Objective:** To analyze the sociodemographic and clinical profile of pregnant women diagnosed with syphilis in light of the National Policy of Obstetric and Neonatal Care in the municipality of Cariacica-ES. **Method:** This is an exploratory research characterized by a cross-sectional study with retrospective collection of secondary data from reported cases, between 2017 and 2021, provided by the Epidemiological Surveillance Information System of the Health Department of the municipality of Cariacica (SEMUS). The following information was collected: age; race; education level; area of residence; level of health care; gestational age; clinical classification; and treatment. Descriptive analysis of the data was performed. **Results:** Between 2017 and 2021, there were 1,258 cases of gestational syphilis. The age group of 20 to 24 years represented 34.1%, and 66.9% self-identified as black. The majority had incomplete elementary and high school education (40.4%), 87.8% resided in urban areas, 51.4% were attended at primary care facilities, and 21.2% reported gestational age in the first trimester of pregnancy. Clinically, 17.9% were in the latent stage, and benzathine penicillin G 7,200,000 IU was the most prescribed treatment (74.2%). **Conclusion:** Most women are young adults, black, and with low education levels and seek care at Basic Health Units (UBS). Gestational age was frequently omitted, and the tests performed showed considerable rates of reactive results. This highlights the importance of improving strategies in UBSs, raising awareness among pregnant women about syphilis, its risks, and the importance of adequate prenatal care as advocated in the National Policy of Obstetric and Neonatal Care. These strategies can contribute to improving early detection and effective treatment of syphilis in pregnant women, thereby reducing risks for the mother and fetus in managing these cases.

Keywords: Public Policies. Health. pregnant women. Syphilis. Profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de sífilis em gestante: conduta e seguimento durante o pré-natal	49
Figura 2 - Mapa dos Distritos e principais comunidades do município de Cariacica/ES, 2020	54
Figura 3 - Quantitativo de mulheres notificadas com sífilis na gestação entre o os anos de 2017 até 2021 do município de Cariacica/ES.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil demográfico dos casos notificados de sífilis em gestantes moradoras do município de Cariacica/ES, considerando os anos de 2017 a 2021.....	61
Tabela 2 - Características das condições clínicas dos casos notificados de sífilis em gestantes moradoras do município de Cariacica/ES, considerando os anos de 2017 a 2021	67

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CPMI	Coodenação da Proteção Materno-Infantil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCCI	Doenças de Infecções Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NOA	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa Integrado de Assistência à Saúde da Mulher e Criança
PAS	Pronto Atendimento de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PMSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNHPN	Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal

PUBMED	<i>National Center for Biotechnology Information Search Database</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA.....	20
2	REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A ATENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: DISCUTINDO A SÍFILIS NA GRAVIDEZ	23
2.1	COMPREENDENDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER.....	24
2.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES: UMA REFLEXÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL.....	33
2.3	BREVE REFLEXÃO DA SÍFILIS: UMA DOENÇA CONSIDERADA PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	44
2.3.1	Sífilis na gravidez: o que fazer?	46
3	OBJETIVOS.....	52
3.1	OBJETIVO GERAL.....	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
4	MÉTODOS	53
4.1	TIPO DE ESTUDO	53
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	53
4.3	AMOSTRA.....	55
4.3.1	Critérios de Inclusão	55
4.3.2	Critérios de exclusão	55
4.4	COLETA DE DADOS	55
4.4.1	Aspectos sociodemográfico e o destino de referência no nível de atenção à mulher	56
4.4.2	Aspectos clínicos.....	57
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.5.1	Análise descritiva	58

4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICES	84
	APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS NOTIFICADOS POR SIFILIS EM GESTANTES.....	85
	ANEXOS.....	86
	ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE SIFILIS EM GESTANTE	87
	ANEXO B - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO CEP	88
	ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÃO (SEMUS).....	91

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é um problema de saúde pública por demonstrar dados efetivos e evidenciar os impactos causados na saúde do indivíduo contaminado (Brasil, 2022a). Etiologicamente, a sífilis é uma doença causada pelo treponema *pallidum*, evidenciado em 1905 pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman (Souza, 2005).

Com característica infecciosa, a doença é crônica pela sua progressão sistêmica, e sanável por ter tratamento (Silva; Gomes, 2020). Transmitida maioritariamente por contato sexual, a grávida com sífilis não tratada pode acarretar relutâncias como mortes fetais¹, natimortos², óbitos neonatais³, neonatos precoces⁴ e, conseqüentemente, a transmissão de sífilis congênita (Brasil, 2022b).

De modo epidemiológico, a doença é notificável desde 14 de julho de 2005 e, por meio da Portaria SVS/MV nº 33, por obrigatoriedade, passando a valer para todas as gestantes em território brasileiro (Brasil, 2005a). A notificação é obrigatória para os médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados da área em saúde, com fundamento no art. 8 da Lei nº 6.259/1975 (Brasil, 1975).

Nacionalmente, foram publicados, no Sistema de Informação de Agravos e Notificação, no intervalo de 2012 a 2022, o total de 537.401 casos de sífilis em gestantes (Brasil, 2023). Salienta-se que, somente no ano de 2022, o Brasil registrou 32,4 casos por 1.000 nascidos vivos referente a detecção de sífilis na gestação, representando um aumento de 15,5% em relação ao ano de 2021 no Brasil (Brasil, 2022a).

No Estado do Espírito Santo, entre os anos 2006 a 2015, houve uma variação significativa no número de casos notificados de sífilis gestacional (SESA, 2017).

1 Morte de um produto de concepção, antes da expulsão (Brasil, 2004).

2 Nascido morto (Brasil, 2004).

3 Óbito ocorrido em crianças menores de 28 dias de vida (Brasil, 2004).

4 Período de mortalidade de 0 a 6 dias de vida (Brasil, 2004).

Entre os anos 2006 a 2010 foram notificados de 11 a 273 casos registrados de sífilis em gestantes no Espírito Santo (SESA, 2017). No ano de 2011, houve um salto significativo no número de notificações, com 721 casos registrados, seguido por uma queda em 2012, para 551. Nos três anos subsequentes, os números se estabilizaram em patamares altos, com 725 casos em 2013, 746 em 2014, e culminando em 1041 casos em 2015, o maior valor do período analisado (SESA, 2017).

Em 2016 foram notificados 1183 casos, indicando um crescimento em relação aos anos anteriores. Em 2017, o número de casos subiu drasticamente para 1596, um aumento notável de aproximadamente 35% em relação ao ano anterior. Em 2018, essa tendência ascendente se manteve, com 1941 casos notificados, representando um aumento de cerca de 22% em relação a 2017 e posicionando o Espírito Santo em 4º lugar no nível nacional de casos de sífilis entre os estados brasileiros (SESA, 2020).

Neste exposto, considerando especificamente o estado do Espírito Santo, o panorama de coleta de dados, até o dia 30 de junho de 2021, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) apontou que as taxas de detecção se mantiveram elevadas em 2019, com 30,6%, com um pequeno declínio em 2020 (11,4%) (Brasil, 2022a).

Em 2022, o tratamento oferecido a mulheres grávidas alcançou uma taxa de aplicação de 82,6%, representando um aumento de 11,8% em relação a 2021. No entanto, dados significativos ainda indicam a necessidade de esforços adicionais para atingir a cobertura completa recomendada, que é superior a 95%, conforme orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 2023a).

Atualmente, a sífilis é classificada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e possui vários estágios: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente (que pode ser recente, até um ano após a exposição, ou tardia, mais de um ano de evolução) e sífilis terciária (Brasil, 2021a). Nos estágios primário e secundário, o risco de transmissão é maior. No estágio primário, geralmente aparece uma única ferida entre 10 e 90 dias após o contágio. Esta ferida normalmente não dói, não coça, não arde e

não apresenta pus. Além disso, pode ou não haver o aparecimento de ínguas na virilha (Brasil, 2021a).

Já no segundo estágio, após a cicatrização da ferida, os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses, podendo ser acompanhada de manchas no corpo, que geralmente não coçam, normalmente na palma da mão e nas plantas dos pés, pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeça e ínguas pelo corpo (Brasil, 2021a).

A sífilis latente, ou também fase assintomática, não apresenta sinais ou sintomas, e pode ser dividida em sífilis latente recente e sífilis latente tardia. A duração pode variar, podendo ser interrompida por aparição de sinais e sintomas de forma secundária ou terciária. Sendo a terciária, aquela onde costumam aparecer lesões cutâneas, ósseas, sintomas cardiovasculares e neurológicos, podendo surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção (Brasil, 2021a).

Com o objetivo em prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Rede Cegonha e amplificou metas e melhorias com os testes rápidos lançados no Sistema Único de Saúde (SUS), estes são aplicados para diagnosticar a infecção por sífilis o quanto antes nas gestantes, possibilitando o início do tratamento, assegurando o planejamento da reprodução e melhorias na abrangência ao pré-natal (Roncalli *et al.*, 2021).

Neste contexto, o amparo inicial da gestante acontece na Atenção Básica de Saúde, onde realiza-se a captação e rastreio das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), as testagens de sífilis desde o primeiro trimestre até o puerpério, e as demais orientações para a realização do parto (Brasil, 2022b).

Diante deste cenário, a coleta de dados na Rede de Atenção Básica de Saúde revela que o diagnóstico de sífilis no período gestacional é predominante no pré-natal. Esses dados permitem traçar o perfil das mulheres infectadas pela bactéria *Treponema pallidum*, destacando que a maioria são pardas ou mulatas, têm entre 20 e 29 anos, possuem escolaridade abaixo do 8º ano, são solteiras e iniciaram a atividade sexual precocemente (Morais *et al.*, 2019).

Além disso, é crucial ressaltar que meninas com menos de 13 anos diagnosticadas com sífilis têm, na verdade, sífilis congênita. Em tais casos, deve-se sempre excluir a possibilidade de sífilis adquirida em situações de violência sexual (Brasil, 2023a).

Sendo assim, torna-se necessário investir em ações voltadas para o atendimento das diversas complexidades, tendo em vista que a vulnerabilidade se destaca nos padrões de cor e raça, o que torna os grupos socialmente desfavorecidos aqueles com maior desvantagem frente ao atendimento no SUS (Morais *et al.*, 2019).

Outro aspecto que necessita ser destacado é quanto às questões socioculturais e históricas das pacientes acometidas pela moléstia, vez que, como explicitam Pinto *et al.* (2022), ao retratar-se os aspectos negativos do pré-natal⁵, denota-se maior exposição de pessoas em situação socioeconômica diminuída e mulheres frente a trabalhos precários, ausência de parceiros ou falta de amparo familiar diante da vulnerabilidade⁶.

Cabe ressaltar as responsabilidades inseridas na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, as quais buscam garantir a captação precoce das gestantes na realização do pré-natal, devendo estas realizarem no mínimo seis consultas, garantindo atendimento em caso de intercorrência obstétrica ou neonatal, inclusive nos casos de DST e sífilis, devendo-se realizar a escuta da gestante e, de forma esclarecedora, informar todas as condutas durante o acompanhamento nas consultas (Brasil, 2005b).

Em completude aos objetivos, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal deve desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à gestante e ao recém-nascido, ao promover acesso universal aos serviços de saúde obstétrico ou neonatal, ampliação aos métodos contraceptivos, ações para redução da mortalidade

⁵ O Ministério da Saúde preconiza que as consultas ao pré-natal sejam pelo menos 6 (seis), é recomendável que a primeira consulta ocorra no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e a 38ª semanas, é sugerido uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente ocorre na 40ª semana, mas pode acontecer até 41 semanas e seis dias (Brasil, 2022c).

⁶ A vulnerabilidade é compreendida como um grupo de diversas especificações, podendo ser individual ou comunitário, caracterizando chance maior das pessoas apresentarem adoecimento frente à infecção (Pinto *et al.*, 2022).

materna e neonatal, ações para melhorar a qualidade na assistência obstétrica e neonatal, garantir o direito da informação e a privacidade das gestantes e parturientes. Esta Política deverá ser executada em conjunto com o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Brasil, 2005b).

No entanto, apesar dos esforços do governo, ainda existem desafios significativos a serem superados, neste incluem-se a falta do acesso universal aos serviços de saúde e obstetrícia, falta de recurso financeiro para investir em infraestrutura e equipamentos médicos, falta de profissionais qualificados, bem como falta de conscientização sobre os direitos das mulheres e dos recém-nascidos (Brasil, 2005b; Leite, 2018). Estes desafios podem levar a uma maior vulnerabilidade das mulheres e dos recém-nascidos, especialmente para aquelas mulheres cujo desejo era de não engravidar (Melo *et al.*, 2022).

Ao destacar-se a evolução progressiva da doença, esta é considerada reemergente⁷ em seu padrão epidemiológico, sendo de grande importância a aptidão dos profissionais envolvidos no processo saúde-doença (Luna, 2002). Frente a isso, tem-se que a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal é um passo importante na direção de melhorias na saúde materna e neonatal no Brasil.

A pesquisa pretende responder as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil sociodemográfico e clínico em gestantes com o diagnóstico de sífilis no município de Cariacica/ES no período 2017 a 2021? Como se desenvolveu a evolução histórica das políticas de atenção materno-infantil que culminaram na elaboração da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal?

1.1 JUSTIFICATIVA

A área da Saúde, de forma geral, sempre atraiu minha atenção. Desde meus tempos de criança, nas ocasiões das consultas médicas e vacinação, sempre olhava os profissionais de saúde com muita admiração e respeito, e nutri o desejo de me tornar

⁷ Mudança de comportamento epidemiológico (Luna, 2002).

um deles em momento oportuno. Cheguei a iniciar uma graduação em Administração, pois na ocasião ainda não havia reunido as condições necessárias para fazer uma graduação na área que sempre sonhei. Frustrei-me e abandonei o curso.

Felizmente, em 2014, com muita dificuldade, ingressei no curso de bacharel em Enfermagem na Faculdade Doctum da Serra – ES. O pré-projeto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) estava diretamente relacionado com o perfil epidemiológico de sífilis no município de Serra/ES. O Projeto foi engavetado, pois não houve tempo hábil para realizar a pesquisa epidemiológica. Todavia, o tema foi relacionado ao enfrentamento da sífilis em gestantes, permanecendo meu interesse em estudar o perfil da sífilis até hoje. Outro fator que potencializou meu interesse pelo tema proposto foi quando li uma reportagem, em 2020, no site da prefeitura de Cariacica/ES, que informava a ampliação do tratamento de sífilis para todas as unidades básicas de saúde (UBS), potencializando o tratamento precoce, facilidade no acesso, na redução nos riscos de sífilis congênita e acompanhamento completo mediante uma doença curável (Cariacica, 2020).

Consciente de que o aperfeiçoamento profissional por meio do conhecimento científico e saber técnico deve ser continuado, em 2021 inscrevi-me, pela Emescam, no curso de Mestrado de Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, na modalidade de ensino *stricto sensu*. O pré-projeto de pesquisa do curso de Mestrado me deu a oportunidade de abordar o tema de meu interesse desde a graduação, porém, acrescido de algumas alterações concernentes ao momento atual de minha trajetória acadêmica e profissional.

O presente estudo de pesquisa desperta a compreensão das políticas públicas que contribuíram, até o presente momento, no setor da saúde. Esta dissertação tem o objetivo de coletar dados e apresentar sugestões de melhorias futuras em relação ao enfrentamento contra a sífilis em gestantes no município de Cariacica/ES.

No Brasil, vários estados registraram uma predominância de sífilis em mulheres grávidas ainda na juventude e com prevalência de mulheres autodeclaradas pardas e com baixo nível de escolaridade (Morais *et al.*, 2019).

Em 2016, o Estado do Espírito Santo pactuou, com os municípios, o Plano Estadual de Contingência da sífilis, devido ao aumento de casos de transmissão vertical a partir da gestante contaminada, o qual tem por meta a redução anual de 30% dos casos de sífilis até a eliminação total da mesma até o ano de 2019 (SESA, 2018).

Considerando a relevância das informações supracitadas, esta pesquisa pretende identificar e analisar o perfil sociodemográfico e clínico em gestantes com o diagnóstico de sífilis à luz da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no município de Cariacica/ES, com base no aprofundamento metodológico referente à saúde pública no município de Cariacica/ES, a pesquisa está integrada à linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Paralelamente, compreender os determinantes de uma doença local é essencial no desenvolvimento de metas e ações a serem traçadas. Neste contexto, espera-se incentivar futuras pesquisas, tendo em vista a relevância da análise estudada.

2 REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A ATENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: DISCUTINDO A SÍFILIS NA GRAVIDEZ

A proposta desse capítulo é apresentar e contextualizar a respeito das Políticas Públicas em saúde desde o século XIX, destacando os principais marcos no desenvolvimento das Políticas Públicas. O capítulo apresenta os eventos históricos que moldaram as Políticas Públicas em Saúde, referenciando a evolução do pensamento e das abordagens ao longo do tempo a respeito do progresso da saúde marcado pelas revoluções reformista e movimentos sanitaristas ao destacar a importância da saúde pública no Brasil.

Em seguida, aborda-se a sífilis, doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que possui uma extensa história de impacto na humanidade e que, globalmente, continua a ser um problema de saúde pública, afetando milhões de pessoas anualmente e apresentando desafios significativos em termos de diagnóstico, tratamento e prevenção. Isto porque, se deixada sem tratamento, a sífilis pode resultar em complicações graves, como danos neurológicos, problemas cardíacos e até mesmo a morte. A transmissão vertical durante a gravidez também pode levar a consequências devastadoras, incluindo aborto espontâneo, morte fetal e defeitos congênitos graves.

Apesar dos avanços médicos, a sífilis ainda apresenta desafios devido à resistência aos antibióticos, falta de acesso a serviços de saúde e estigma associado à doença. Superar esses desafios requer esforços contínuos de colaboração entre profissionais de saúde, pesquisadores, governos e a sociedade em geral.

Esta reflexão destaca a importância de uma abordagem abrangente da sífilis, considerando não apenas seus aspectos clínicos, mas também os sociais, culturais e econômicos que moldam sua disseminação e impacto na comunidade.

Para atingir o proposto foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa que embasou-se nas seguintes fontes de busca em plataformas eletrônicas: Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine). Foram empregados os seguintes

descritores: [*Public Policies, health, pregnant women, syphilis*], e o período de busca compreendeu de 1988 a 2024. Foram selecionados artigos publicados em língua portuguesa e inglesa. Também foi realizado um levantamento em sites governamentais que regulamentam, instruem e apontam dados referentes à sífilis em gestantes, bem como a especificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no âmbito do SUS.

1.2 COMPREENDENDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

Um ponto de partida para iniciar um breve contexto histórico sobre Políticas Públicas de saúde é um memorial a partir de 1848, percorrendo o século XIX, sendo este um período marcado de importantes avanços e transformações no campo da medicina, na Europa, com as revoluções reformistas do método saúde-doença e com base em planejamento tático, envolvendo educação em saúde preventiva, com impacto duradouro na prática médica e na melhoria da saúde e do bem-estar da população (Da Ros, 2000).

Já no Brasil, o primeiro progresso aconteceu no século XIX, por volta de 1808, marcado pela instalação da família imperial no Brasil e pela instituição da primeira escola de medicina brasileira (Da Ros, 2000). O autor salienta que, por volta de 1824, o Brasil dividiu-se em províncias, período em que a saúde se revelava com o domínio filantrópico⁸ a partir de uma determinada área, formada pelos “chamados homens bons”, com funções reguladoras (Da Ros, 2000).

Alguns territórios, no período de 1850, já evidenciavam mortes por tuberculose e por condições de precariedade. A mortalidade permaneceu frequente até o ano de 1900 com doenças como febre amarela, varíola, malária e o aumento de pessoas com hanseníase (Da Ros, 2000).

⁸ Este é um termo relacionado ao domínio, onde a saúde era não democrática e dominada por pessoas que tivessem renda maior que 100mil réis/ano, com funções filantrópicas e de fiscalização (Da Ros, 2000).

O autor descreve que, até o início do século XX, o Brasil era refém da calamidade pública, com exposição de esgoto a céu aberto, sujidade nas ruas e pouquíssima água tratada (Da Ros, 2000).

Nessas circunstâncias, a partir de situações precárias, foi acontecendo a elaboração de novas propostas e modelos para melhor atender a população. Por opção interpretativa, faz-se um recorte do contexto histórico que nos remete sobre a construção da saúde pública a partir de 1940, momento em que a saúde é sintetizada com os modelos de saúde: sanitarismo - campanhista (Reis, 2015).

O pensamento sanitário brasileiro entre os anos descritos se objetivou em refletir sobre a relação entre saúde e desenvolvimento (Reis, 2015; Bagrichevsky; Estevão; Palma, 2006).

Nas palavras de Campos (2006) que, ao reescrever a concepção das políticas, declara que esta foi intitulada de “saúde pública” e cita o pensador William Pety (1623-1687) em suas escritas sobre a saúde e o desenvolvimento econômico, o qual aconselhou, cautelosamente, que os governos proporcionassem saúde pública, pois seus cálculos de “aritmética política” afirmavam que a ausência de economia é procedente de enfermidades e letalidades precoces.

Em reconhecimento dos clássicos desta época, segundo o autor, a doença influenciava na produtividade, o que não aparece conceituado como ação de saúde pública, entretanto, textos argumentativos deixam clara a incumbência aos Estados para o aprimoramento do cenário sanitário (Campos, 2006).

Em prol de melhorias, por volta de 1941, no âmbito de políticas públicas de saúde, o governo de Getúlio Vargas instituiu o Departamento Nacional da Criança (DNCr), assumindo este a responsabilidade pela Saúde Materno-Infantil e a adolescência (Brasil, 2011a). Entretanto, nessa época, estrategicamente, a promoção em saúde populacional era voltada para os grupos vulneráveis⁹, sem avaliação da população inserida (Brasil, 2004).

9 Pessoas que não dispõem de recursos suficientes para resistir a dificuldades (Brasil, 2011a).

A partir de 1942, no panorama sanitário, destacou-se o modelo de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), ocorrido durante a Segunda Guerra Mundial, como uma iniciativa conjunta entre o governo brasileiro e os Estados Unidos (Reis, 2015).

O objetivo principal do Sesp era combater doenças endêmicas, como a malária, a febre amarela e a esquistossomose nas áreas rurais do Brasil. O Sesp implementou medidas de controle de vetores, como a pulverização de inseticidas e o uso de mosquiteiros, e promoveu ações de educação em saúde e assistência médica nas comunidades atendidas (Reis, 2015).

Logo, de 1945 até 1964, no Brasil, destacou-se o movimento de saúde pública, o sanitário camponês, este era baseado em campanhas de combate a doenças específicas, como a febre amarela, a malária e a varíola. Essas campanhas eram caracterizadas por ações de controle de vetores, como mosquitos e ratos, e pela vacinação em massa da população (Reis, 2015).

A compreensão dos modelos consolidados no primeiro governo Vargas, notadamente as políticas do dito sanitário camponês, e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), evidenciaram um processo de polarização entre os modelos de saúde, o qual, como contrapartida, ficou conhecido como sanitário desenvolvimentista, estabelecido a partir dos anos 1950. (Reis, 2015).

Campos (2006) enfatiza Mário Magalhães da Silveira como um importante pensador brasileiro na área da saúde pública, o qual ganhou destaque a partir da década de 1940 e após a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1950, onde este escreveu sobre o desenvolvimento e a importância da saúde pública no Brasil. Ainda no período introdutório do governo de Vargas, Mário Magalhães abordava questões relacionadas à organização do sistema de saúde, às políticas de saúde e à promoção da saúde da população.

Segundo o autor, as questões abordadas por Silveira distinguiam-se da abordagem integral de que a saúde necessitava incluir não apenas o tratamento de doenças, mas também a prevenção e a promoção da saúde. Ele defendia a importância de políticas

públicas efetivas na área da saúde, políticas que levassem em consideração as condições sociais, econômicas e culturais da população (Campos, 2006).

Segundo Paim (2009, p. 31), antes do SUS, a organização da saúde pública se dispunha:

[...]em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade conhecida como saúde pública; de outro a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda ações curativas e individuais integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e progressivamente, empresarial.

Em 1953 o Ministério da Saúde assumiu as responsabilidades do Departamento Nacional da Criança (DNCr) e implementou o Plano Nacional de Saúde, com foco na melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (Hamilton; Fonseca, 2003). No âmbito do Plano Nacional de Saúde destacaram-se responsabilidades como o controle de doenças infectocontagiosas, a promoção da saúde, a vigilância sanitária, a atenção à saúde infantil e a formulação de políticas públicas (Hamilton; Fonseca, 2003).

Em 1969 o Instituto Coordenador da Proteção Materno-Infantil (CPMI) foi instituído, assumindo a responsabilidade pela saúde da mulher, criança e adolescente, finalizando o DNCr por parte do MS (Brasil, 2011a). O instituto foi vinculado à Secretaria de Assistência Médica pelo Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970, que dispõem à organização administrativa do MS a planejar, dirigir, coordenar, controlar, assistir e fiscalizar as atividades voltadas à proteção à maternidade, à criança e ao adolescente (Brasil, 2011a).

Ainda na década de 1970 o Brasil testemunhou o surgimento de movimentos sociais em busca de melhorias na saúde pública. A reforma sanitária¹⁰ foi motivada pela identificação dos problemas do sistema de saúde brasileiro, incluindo o desfavorecimento no acesso aos serviços de saúde (Paim, 2008).

10 Processo de inserção de uma democracia parcial, que modificaria a base política da saúde (Coelho, 2011).

Neste aspecto, o MS implanta, em 1975, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a fim de alterar o cenário desmotivador da população, centralizado na intenção de mobilizar os recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade, defender e incentivar o aleitamento materno, garantir a alimentação complementar para prevenir a desnutrição materno-infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações direcionadas as mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e crianças menores de 5 anos (Brasil, 2011a).

As diretrizes básicas enfatizaram a melhoria da saúde materno-infantil por meio da expansão da cobertura de cuidados para mulheres e crianças (Brasil, 2011a). Visando melhorar a qualidade e o desempenho da política materno-infantil, o programa foi destaque em suas propostas: atenção ao pré-natal, atenção durante o parto, cuidados com o recém-nascido e cuidados pediátricos (Brasil, 2011a). As propostas eram compostas por:

- a) Atenção pré-natal: monitoramento e controle da gravidez da mãe para garantir a saúde da mãe e do feto. Isso significa monitorar o crescimento fetal, detectar e tratar complicações, promover hábitos saudáveis (Brasil, 2011a).
- b) Atenção durante o parto: tem como objetivo garantir um parto seguro e oferecer assistência médica especializada durante o processo. Isso inclui complicações de enfermagem, bem como o controle da dor e a promoção da amamentação (Brasil, 2011a).
- c) Cuidados com o recém-nascido: presta cuidados médicos especializados aos recém-nascidos, incluindo o acompanhamento da sua saúde e a detecção e tratamento de possíveis complicações (Brasil, 2011a).
- d) Cuidados Pediátricos: Promove a saúde e o bem-estar das crianças após o nascimento, prestando cuidados médicos preventivos, vacinações e acompanhando o seu crescimento e desenvolvimento (Brasil, 2011a).

Entretanto, Araújo *et al.* (2014) afirmam que o Programa Materno Infantil ignorava a discrepância regional existente no país, pautando-se somente em métodos centralizados de caráter preventivo. Desta forma, os programas de saúde eram tidos como temas para críticas pelos grupos feministas brasileiros, devido a divergência social, ou disparidade entre homens e mulheres, tais como a sexualidade, dificuldades

relacionadas à contracepção, enfermidades sexuais transmissíveis e as exigências expressivas de afazeres doméstico (Vieira *et al.*, 2017; Cassiano *et al.*, 2014).

Diante desses acontecimentos e em resposta à diversidade de desafios enfrentados, em 1976 a Coordenação de Proteção Materno-Infantil tomou a iniciativa de inserir um órgão direcional, que passou a ser denominado Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Essa divisão, conforme estabelecido em documentos oficiais, passou a ser responsável, em nível central, pela prestação de serviços de assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente (Brasil, 2011a; Hamilton; Fonseca, 2003).

No ano de 1983 foi lançado o Programa Integrado de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o propósito de aprimorar a saúde das mulheres e crianças. Esse programa concentrou seus esforços na melhoria da saúde dos grupos mais vulneráveis e na ampliação da capacidade de atendimento às necessidades desse público específico (Araujo *et al.*, 2014; Brasil, 2011a).

No ano de 1984 foram estabelecidos dois programas de saúde essenciais: o Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC), com foco no bem-estar infantil e na prevenção de doenças diarreicas e infecções respiratórias, e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecendo as necessidades específicas das mulheres, incluindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva, dadas as diferenças de gênero (Brasil, 2011a; Hamilton; Fonseca, 2003).

O PAISM ofereceu serviços de planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, atendimento ginecológico e preventivo, de orientação sobre contracepção, precaução e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), apoio psicológico, acompanhamento do desenvolvimento infantil, atendimento às mulheres em situação de violência e promoção de ações de educação em saúde (Brasil, 2011a).

O descontentamento com os programas implementados e sua falta de abrangência geraram repercussões no Brasil em 1985, levando a uma busca por melhorias na saúde pública. Esse período foi marcado por uma série de mobilizações e

reivindicações por parte dos movimentos sociais, com o objetivo de pressionar o governo e os legisladores a implementarem reformas na área da saúde (Paim, 2008).

O processo de construção do SUS no Brasil foi um processo longo e complexo, o qual envolveu diversas etapas e pessoas (Borges; Baptista, 2021).

Em contínuos esforços populacionais e governamentais em prol de mudanças e melhorias voltadas para o contexto social e de políticas públicas em saúde, representantes de diversos estados e municípios fizeram acontecer, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência “Saúde e direitos da mulher” (Brasil, 1987).

Arouca (1986), em pronunciamento na 8ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em Brasília, diz:

[...] que [as pessoas] tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. [...] ao meio ambiente que não lhes seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. [...] (Arouca, 1986, s.p.).

Foi nesta conferência que se permeou a realização da Conferência “Saúde e direitos da mulher”, ocorrida entre os dias 10 e 13 de outubro de 1986 (Brasil, 1987).

De acordo com Brasil (1987), a população feminista fez a diferença em suas delegações, segundo o relatório da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, estas argumentaram a temática relacionada a assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do Sistema Único de Saúde, direitos da reprodução humana, aborto e sexualidade feminina.

Em destaque, foi pautada a compreensão da saúde das mulheres correlacionada ao trabalho estável e recompensável, bem como domicílio, ensino, alimentos diários, higiene básica e ambiente sem contaminação¹¹. Em conclusão, a saúde é entendida

11 Local salubre considerável saudável e higiênico livre de contaminação (Brasil, 1987).

como o direito de ter dignidade e de viver em plenitude, sem discriminação de raça, idade, sexo ou classe social (Brasil, 1987).

Em relação a Assistência Integral à saúde da mulher na perspectiva do futuro do Sistema Único de Saúde, o Relatório Final, no tópico 11, descreve:

[...] Reforçar o PAISM do MS e a Resolução 123 do INAMPS, pois constituem avançadas conquistas das mulheres. Para tanto, propõe-se uma mobilização vigilante das mulheres para que essas políticas:

– Não sejam reduzidas a meros mecanismos de controle da natalidade;
 – Sejam ampliadas para efetivamente atenderem a mulher em todas as fases da vida, em todos os seus aspectos e com a retaguarda necessária;

– Contemplem:

- a saúde mental;
- a saúde ocupacional;
- os direitos reprodutivos e o tratamento da infertilidade;
- a prevenção do câncer e o autoexame das mamas;
- a saúde na adolescência;
- a saúde no climatério e na velhice;
- as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
 - E mantenham uma concepção abrangente do planejamento familiar, no sentido do pleno exercício, por parte da mulher ou do casal, do direito de ter ou não ter filhos, aí incluindo o acesso à informação e a métodos contraceptivos, com o devido acompanhamento médico (Brasil, 1987, p. 11).

Na esfera do Movimento Sanitário¹² e nas suas conquistas, o PAISM teve modificações a partir da implantação do SUS, estas dadas pelas novas particularidades, adquiridas com base nos princípios e diretrizes anexados na legislação básica: Constituição de 1988, Lei nº 8.080, Lei nº 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), publicadas pelo MS, sendo estas atualizadas no processo de implantação de acordo com cada década, mantendo a gestão integrada nos municípios (Brasil, 1996, 2004). A reforma sanitária, no Brasil, foi embasada principalmente na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representado como um marco significativo na história do país no que tange a um sistema público de saúde, universal, integral e gratuito, sem discriminação ou privilégios (Kalichman; Ayres, 2016; Brasil, 1990).

12 Movimento popular com foco na ampliação da oferta dos serviços de saúde (Brasil, 1996).

A constituição determina a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de conselhos e conferências de saúde, prestação de serviços de saúde de forma integral, abrangendo desde ações de promoção à saúde e prevenção de doenças até o tratamento e a reabilitação, além da hierarquização, ou seja, é organizado a partir dos diferentes níveis de complexidade (Brasil, 1996, 2004; Paim, 2008).

O princípio organizativo do SUS é a integração entre a União, estados e municípios, com o poder e a responsabilidade sobre os três níveis de governo, objetivando garantir uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade, além de fiscalização e controle por parte da sociedade (Brasil, 1996).

O fortalecimento do SUS como uma política pública universal e integralizada tornou-se essencial na transformação efetiva do direito à saúde, isto assegurou, a todas as mulheres, independentemente de sua condição social, econômica ou étnico-racial, uma saúde pública justa e igualitária, garantindo o pleno exercício dos direitos reprodutivos e a promoção do bem-estar das mulheres em todas as fases de suas vidas (Reginato, 2021).

Perspectivas foram criadas, sobressaindo a importância do atendimento que levasse em consideração a dimensão biopsicossocial¹³ do indivíduo, o contexto socioeconômico e cultural em que este está inserido e a inter-relação entre diferentes agravos à saúde, permitindo uma atenção completa e humanizada (Kalichman; Ayres, 2016).

É relevante mencionar que a saúde pública tem sido fundamental para a garantia do bem-estar da população, sendo o SUS um importante acesso universal aos serviços de saúde no Brasil (Pontes *et al.*, 2009).

Em conclusão histórica, o contexto inserido permitiu compreender como as políticas de saúde moldaram a vida dos cidadãos e principalmente a vida das mulheres brasileiras.

¹³ Permuta o sentido de saúde-doença-cura do tratamento em meio coletivo (Pereira; Barros; Augusto, 2011).

De acordo com as afirmações de Paim (2008), a história partiu da insistência dos movimentos sociais, destacados pelos grupos feministas e pautados pela precariedade de vida, devido à falta de saneamento básico e ao alto índice de mortalidade pelas doenças do século. Em sequência, as construções seguiram novos rumos a partir da determinação constitucional de 1988, que estabeleceu o SUS e a lei orgânica 8.080/90, que regulamentou os princípios e diretrizes do SUS, a qual estabeleceu as condições para a organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil (Paim, 2008).

Nesse sentido, os principais pontos da lei, apontados por Paim (2008), são Universalidade, que garante atendimento a todos, sem discriminação ou privilégios; equidade, que busca reduzir as desigualdades, promovendo um atendimento proporcional às necessidades de saúde de cada pessoa; integralidade, que baseia-se na resolutividade e na oferta de ações preventivas, curativas e de reabilitação, que atendem ao cidadão de forma completa; descentralização de responsabilidades e recursos entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal); participação social, que incentiva a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e a hierarquização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade (Paim, 2008).

As implementações do SUS continuam sendo fundamentais no acesso à saúde no país, vejamos a seguir um pouco mais sobre as políticas públicas de saúde relacionadas ao acesso da mulher no SUS.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES: UMA REFLEXÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

Apresentar a temática reflexiva sobre a saúde da mulher é um conteúdo significativo, visto ser uma área fundamental dentro do sistema de saúde de qualquer país. No Brasil, diversas políticas públicas têm sido implementadas ao longo dos anos, visando promover o bem-estar desta população. Este assunto explora a importância da política de saúde da mulher em seus aspectos gerais e do âmbito maternal no contexto brasileiro.

Dentre os diferentes programas, insta destacar-se a portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que insere o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), objetivando na redução da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. A mesma também ampara quanto a gestação de baixo e alto risco, transferindo as responsabilidades para os três níveis de gerenciamento: federal, estadual e municipal, em sua operacionalização (Santos Neto *et al.*, 2008).

Segundo o autor, a humanização do programa baseia-se na assistência obstétrica e neonatal, fundamentada para o acompanhamento adequado do trabalho de parto e do puerpério, requerendo atitude ética e solidária entre os profissionais de saúde e as organizações institucionais, de forma a implantar ambientes acolhedores (Santos Neto *et al.*, 2008).

Ordenadamente, no ano de 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH), regida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, norteando-se em princípios como a valorização do indivíduo, o acolhimento, a equidade, a integralidade e a participação social (Brasil, 2003).

A PNH estendeu-se a todos os programas de saúde, incluindo o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), firmando-se em portarias, resoluções, diretrizes e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003).

A partir de estruturas elaboradas pelo MS, em 2003, foram elucidadas, pelos profissionais técnicos da área de saúde da mulher, as propostas referentes a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), visando melhor atendimento, respeitando padrões e princípios intitulados à proposta. De acordo com Brasil (2003, p. 3), a PNAISM

[...] incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual.

Com a finalidade de implementar ações de saúde que contribuíssem com os direitos humanos das mulheres e diminuir mortes por doenças evitáveis e tratáveis, foi proposta a

Construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros, sem privilegiar nenhum segmento, mas enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (Brasil, 2003, p. 4).

Mediante as propostas escritas pelos profissionais técnicos da área de saúde da mulher, a fim de alcançar a abrangência no atendimento à saúde e de proporcionar a integralidade¹⁴ nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), foi importante o conhecimento da população inserida para estabelecer planos de saúde pública (Brasil, 2004).

Nesta conjuntura, em 2004, o MS estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), enfatizando a saúde da mulher, questões de ¹⁵gênero, princípios e Diretrizes (Brasil, 2004).

Nesse sentido, a PNAISM determinou metas para alcançar as propostas elaboradas. Nesta intenção foram descritos os direitos sexuais e reprodutivos, aprimoramento do planejamento familiar, cuidado obstétrico, prevenção do aborto inseguro e da violência doméstica e sexual (Brasil, 2011a).

A política contempla a prevenção e o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, câncer ginecológico e HIV/AIDS, ao mesmo tempo que expande suas iniciativas para grupos historicamente excluídos das políticas públicas, tais como mulheres negras, indígenas, de orientação homossexual e em situação de privação de liberdade, entre outros (Brasil, 2011a). De modo contínuo, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal em 4 de julho de 2005, a qual será

[...] será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde

14 Integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e significa oferecer uma assistência digna e completa aos usuários (Pinto *et al.*, 2022).

15 O gênero estabelece o cenário de atuação para cada sexo, bem como ampara e constitui leis instruindo suas formas de execução (Brasil, 2004).

de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005b).

De acordo com Brasil (2005b), na abordagem da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, os princípios e diretrizes reforçam as tratativas em: Atendimento digno e de qualidade, acompanhamento pré-natal adequado, escolha da maternidade, assistência humanizada e segura, assistência neonatal humanizada e segura, atendimento em caso de intercorrências, responsabilidade das autoridades sanitárias, presença de acompanhante. Pontos esses que destacam os direitos fundamentais das gestantes, parturientes, recém-nascidos e mulheres em situação de intercorrência obstétrica e neonatal, garantindo uma abordagem humanizada e segura durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto. Além disso, reforçam a responsabilidade das autoridades de saúde em assegurar esses direitos incrustados na portaria nº 1.067/2005 (Brasil, 2005b).

Existem diversos argumentos que sustentam a importância da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) no Brasil, dos quais destaca-se seu papel crucial na transformação da saúde de mulheres e crianças.

De acordo a portaria nº 1.067/2005, esta considera as diretrizes como um papel transformador ao incluir: a promoção do pré-natal de qualidade e sua universalização para todas as gestantes; a realização de parto humanizado e com segurança; a oferta de assistência adequada às mulheres e recém-nascidos na fase pós-parto; a prevenção e tratamento das complicações obstétricas e neonatais; o estímulo à formação e à capacitação dos profissionais de saúde; o fortalecimento da rede de atenção materno-infantil em todo o país; a garantia do direito à informação e ao controle social pelos usuários e gestores do SUS (Brasil, 2005b).

Nesta perspectiva, as diretrizes visam garantir que as mulheres recebam um atendimento seguro e de qualidade durante todo o período gestacional e proporcionar um acompanhamento adequado aos recém-nascidos, evitando a mortalidade materna e neonatal e garantindo o direito à saúde de todos os brasileiros (Brasil, 2005b). Os princípios gerais para a atenção obstétrica e neonatal norteiam-se na primordialidade

da humanização qualificada, este exposto inclui, com precisão, o acolhimento nos serviços de saúde por parte dos profissionais (Brasil, 2005b).

Para que as metas e estratégias em saúde fossem alcançadas, foi necessária a inclusão, por parte da regência administrativa governamental, da Política das Redes de Atenção à Saúde (RAS), lançada pela Portaria Ministerial nº 4.279/2010, visando predominar e integrar o sistema de saúde de caráter eficiente voltados à promoção, humanização, eficácia e priorização efetiva da saúde da criança (Brasil, 2010).

Em consonância com a importância do atendimento no âmbito das RAS, as mulheres recebem o acolhimento de modo igualitário e contextualizado a partir do seu contexto histórico-cultural e de forma equânime (Morais *et al.*, 2019).

Em prol da garantia da assistência da mulher em todo ciclo reprodutivo, assegurando à criança o cuidado integral desde o nascimento até o seu desenvolvimento, o MS implantou, em 2011, o Programa Rede Cegonha, pactuando a garantia e o direito do nascimento seguro, bem como do crescimento e desenvolvimento saudável (Brasil, 2011b).

Neste cenário foram desenvolvidas estratégias relacionadas à saúde e aos direitos reprodutivos das mulheres, mencionados por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, inserida estrategicamente com a importante iniciativa em melhorar a assistência ao parto e nascimento no âmbito do SUS (Brasil, 2011b).

Diante do exposto, o objetivo da Rede Cegonha é voltado para a garantia da atenção integral às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, bem como a saúde das crianças até os primeiros anos de vida. A Rede Cegonha conta com ações de promoção, prevenção, atenção e cuidado, visando a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011b).

Neste preâmbulo, conforme a portaria nº 1.459, de 2011, no Art. 2º, a Rede Cegonha determina seus princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (Brasil, 2011b, p. 1).

Ao referenciar a prevenção na atenção e cuidado integral às mulheres grávidas no enfrentamento da sífilis no período gestacional, o Programa Rede Cegonha amplificou metas e melhorias, estabelecendo os testes rápidos, lançados no SUS, para que o diagnóstico pudesse acontecer de forma rápida e com tratamento precoce, assegurando o planejamento da reprodução e melhorias na abrangência ao pré-natal (Roncalli *et al.*, 2021).

De acordo com Dorneles *et al.* (2023), fatores determinantes têm se destacado no enfrentamento da sífilis gestacional, após a amplificação das medidas cautelares de sífilis em gestante ou sífilis congênita.

O autor descreve sobre os aumentos nos casos ligados intrinsecamente às condições de vulnerabilidade social, econômica e cultural, assim como aos comportamentos e vivências desafiadoras. Esses fatores combinados não apenas influenciam diretamente a propagação de casos, mas também exacerbam as disparidades existentes, destacando a necessidade urgente de abordagens abrangentes e equitativas para mitigar os impactos negativos dessas questões (Dorneles *et al.*, 2023).

Portanto, ao referir aspectos de vulnerabilidade nos diferentes contextos culturais, a integralidade deve ser mantida para que ocorra o acesso justo, desde a abordagem até a escuta sensibilizada, uma vez que os aspectos sociodemográficos causam danos negativos na produção de saúde (Morais *et al.*, 2019).

Nesta ótica, o MS promove a integrações dos cuidados ao longo do ciclo gravídico-puerperal, desde o pré-natal até os primeiros anos de vida do bebê, visando garantir uma assistência contínua e de qualidade (Brasil, 2011b).

Deste modo, é relevante enfatizar o percurso das integrações no âmbito federal, a ressaltar a formalização das ações mencionadas nas Agendas em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outras entidades colaboradoras, tais como associações, sociedades científicas e conselhos de classe profissional (Brasil, 2021b).

Diante da urgência em ampliar as estratégias e ações no âmbito do SUS, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Ministério da Saúde enfatizam o propósito deste fortalecimento das redes de atenção à saúde e o sistema de vigilância como fundamentos de uma ação coletiva, o qual engloba diversos atores sociais e instituições a partir da atualização da Agenda 2020 a 2021 (Brasil, 2021b).

A agenda atual foi intitulada como Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Da Sífilis 2020-2021, esta tem como intuito renovar as ações anteriores e fortalecer as redes de atenção à saúde, além da vigilância da sífilis no país (Brasil, 2021b).

As ações estratégicas descritas enfatizam seis eixos de atuação, abrangendo marcos intermediários e as respectivas atividades propostas pelas áreas do Ministério da Saúde e instituições parceiras, a saber: Educomunicação, Qualificação de Informações Estratégicas, Ampliação dos Comitês de Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, Fortalecimento da parceria do Ministério da Saúde com outros atores, Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2021b).

Neste sentido, vejamos abaixo os eixos de modo resumido, pontuados em seus respectivos Marcos Intermediários inseridos na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis 2020-2021:

a) Eixo 1 - Educomunicação:

Marco Intermediário 1: elaboração e divulgação - Desenvolvimento e disseminação de materiais esclarecedores e pedagógicos acerca da prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento da sífilis - neste contexto destaca-se o pré-natal do pai e da parceria na transmissão vertical, a promoção da saúde sexual e reprodutiva, assim como a produção de materiais informativos e educativos para apoiar tecnicamente os profissionais no manejo e nas condutas clínicas voltadas para o cuidado integral da pessoa com sífilis (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 2: Abrangência do assunto sífilis – enfatiza os eventos técnico-científicos em nível nacional, estadual e municipal, além das capacitações disponíveis nas plataformas de tele-educação (Brasil, 2021b).

b) Eixo 2 - Qualificação de Informações Estratégicas:

Marco Intermediário 1: Atualização e disseminação de informações epidemiológicas sobre sífilis – atualiza e disponibiliza os indicadores e boletins epidemiológicos municipais, destacando grupos em situação de vulnerabilidade, como adolescentes em cumprimento socioeducativo (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 2: Melhoria das informações na vigilância epidemiológica da sífilis - Incentivar a investigação/reinvestigação de casos de sífilis congênita inconclusivos nos municípios prioritários; desenvolver e disseminar curso online para equipes de assistência e vigilância epidemiológica nos serviços e nas secretarias municipais/estaduais de saúde (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 3: Aprimoramento de informações e indicadores vinculados à sífilis - Monitorar a relação percentual entre casos de sífilis congênita e o total de casos de sífilis em gestantes na população de uma região específica ao longo do ano (meta: 10%). Implementar táticas para aperfeiçoar a precisão dos registros relacionados ao emprego de testes rápidos (Brasil, 2021b).

c) Eixo 3 - Expansão dos Comitês de Investigação para Prevenir a Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais:

Marco Intermediário 1: Fortalecimento e investigação nos casos de sífilis por transmissão vertical - Implementação da agenda e capacitação na investigação de sífilis vertical, estímulo à implementação de ações de prevenção materno-infantil; Desenvolvimento e divulgação de Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis; apoio às estratégias estaduais e municipais de certificação da eliminação da transmissão vertical da sífilis (Brasil, 2021b).

d) Eixo 4 - Avanço das (RAS)

Marco Intermediário 1: Desenvolvimento e estratégias na gestão e governança nas RAS - Destaca a integração das ações na pactuação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR); Encorajar estados, Distrito Federal e municípios a integrar ações para combater a sífilis em fóruns intergovernamentais, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR); Incorporar em planos de saúde estaduais e municipais iniciativas para fortalecer redes de atenção à saúde, educação e aprimoramento da vigilância da sífilis; Elaborar e divulgar informações epidemiológicas específicas sobre sífilis na população negra; Dar visibilidade a dados e estudos epidemiológicos sobre sífilis adquirida por populações-chave e outros grupos vulneráveis, como adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (Brasil, 2021b).

e) Eixo 5 - Consolidação da parceria entre o MS e outras instituições:

Marco Intermediário 1: Ampliação nas testagens e prevenção e diagnósticos nos casos de sífilis - Estabelecer diálogo com estados, DF e municípios para implementar e acompanhar esta Agenda; estabelecer parcerias com as sociedades ligadas ao diagnóstico laboratorial *in vitro* para aprimorar o diagnóstico e a notificação dos casos de sífilis pelos laboratórios; coordenar, estruturar e incentivar a amplitude das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de sífilis e outras (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 2: Parcerias institucionais - Propagar seminários online do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST (PCDT IST) em cursos de Enfermagem, Medicina, Farmácia e Saúde Coletiva; Incentivar pesquisas científicas alinhadas às demandas de saúde da população e do Sistema Único de Saúde (SUS); estabelecer um cronograma com universidades para interagir com representações estudantis; Inserir a sífilis, HIV/aids e outras IST na rede de escolas técnicas do SUS, assim como em iniciativas de capacitação e apoio federal para a integração ensino-serviço-comunidade; Supervisionar ações vinculadas aos direitos sexuais/reprodutivos e prevenção de sífilis, HIV/aids e outras IST no Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 3: Articulação intra setorial - Trabalhar em conjunto com a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) e o Ministério da Educação para inserir a temática da sífilis nos cursos de graduação e pós-graduação, atualizando o conteúdo conforme os conhecimentos científicos; Integrar informações abrangentes sobre o cuidado completo, abordando a importância da participação na consulta pré-natal, realização de testes, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de sífilis nos programas sociais federais (Brasil, 2021b).

f) Eixo 6 - Resposta Rápida à sífilis:

Marco Intermediário 1: Vigilância - Reforçar os sistemas de informações estratégicas para vigilância em saúde no território; aprimorar dados epidemiológicos, notificação e investigação dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, além de contemplar a vigilância e o acompanhamento da criança exposta à sífilis (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 2: Gestão e governança - Reforçar a integração e interligação dos gestores estaduais e municipais participantes do projeto com as instâncias de homologação e deliberação em suas regiões; estimular ações interdisciplinares no território; incentivar a gestão e a governança colaborativa para operacionalizar a resposta rápida à sífilis; introduzir estratégias, a nível nacional, de Salas de Situação, focadas na tomada de decisões e no fortalecimento da gestão e da prática profissional,

incluindo a produção de conhecimento na área de resposta rápida à sífilis (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 3: Cuidado integral - Colocar em prática o cuidado para quem tem sífilis, seja adquirida, em gestantes ou em crianças expostas e com sífilis congênita, em diferentes lugares de saúde, incluindo os locais de prevenção e intervenção para grupos específicos; Aumentar a quantidade de testes para diagnosticar sífilis, levando essa prática para fora dos hospitais e mais perto das comunidades; Ampliar o acesso ao tratamento para sífilis nos locais de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS); Incentivar testes e tratamento para parceiros sexuais de pessoas com sífilis; Aproveitar as oportunidades de outras iniciativas oferecidas pela APS (Brasil, 2021b).

Marco Intermediário 4: Educomunicação - Empregar tecnologia educacional para compartilhar informações com profissionais, gestores e a população em geral; criar módulos e ferramentas educativas para aprimorar a vigilância, gestão e cuidado completo às pessoas com sífilis, especialmente na sífilis congênita (Brasil, 2021b).

Em resumo, o fundamento geral da Agenda atual (2020-2021) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde destaca o propósito essencial de fortalecimento nas redes de atenção à saúde e o sistema de vigilância.

Esses pilares são fundamentais para uma ação coletiva, envolvendo diversos atores sociais e instituições, especialmente nas novas áreas técnicas do Ministério da Saúde (Brasil, 2021b). Essa abordagem sublinha o comprometimento com a cooperação e coordenação para enfrentar desafios em saúde, garantindo uma resposta integrada e eficaz no SUS.

Em conclusão, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal desempenha um papel crucial na transformação da saúde de mulheres e crianças no Brasil ao promover a atenção integral durante o ciclo gravídico-puerperal e focar na segurança e na qualidade dos serviços. Essa política contribui para a redução das disparidades de saúde e a promoção de um futuro mais saudável para gerações futuras. No

entanto, é essencial que o compromisso com a implementação seja efetivo e de melhoria contínua e que os mesmos sejam inseridos na política, para que todas as mulheres e recém-nascidos possam desfrutar de um acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade.

Ao abordar esses argumentos é possível construir uma visão abrangente da contribuição da PNAON para a transformação positiva da saúde de mulheres e crianças no Brasil, reforçando a importância de políticas eficazes na promoção do bem-estar materno-infantil.

Diante dos avanços e propostas supracitados, vejamos a seguir a saúde da mulher relacionada à sífilis na gestação.

2.3 BREVE REFLEXÃO DA SÍFILIS: UMA DOENÇA CONSIDERADA PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Iniciaremos este capítulo contextualizando acerca da sífilis como um problema de saúde pública, e os fatos correlacionados que tornaram a doença um fator preocupante.

A palavra sífilis suscitou-se de uma trova¹⁶, por volta de 1530, através do médico e compositor Girolamo Fracastoro, este narra, em sua publicação “*Syphilis Sive Morbus Gallicus*”¹⁷, que Syphilus, um pastor, abominou o deus Apolo e foi castigado com a chamada doença Sifilítica (Brasil, 2010).

Segundo Carrara (1996), a sífilis revelou-se, em sua descoberta, de maneira peculiar e com diversos discursos expressivos e inconclusivos. No século 15 já se falava da doença, entretanto, algumas pessoas relatavam que a sua origem se deu em 600 a.C., outros diziam que esta foi trazida por Cristóvão Colombo e, no XV que a sua possível origem fosse americana.

16 A trova é um poema de quatro versos (Pontes, 2022).

17 “A sífilis ou mal gálico” (Brasil, 2010).

De acordo com Martins *et al.* (1997, p. 83), a sífilis tornou-se conhecida:

No final do século XV, a doença que chamamos de sífilis tornou-se conhecida em toda a Europa. Ela chamou a atenção pública, pela primeira vez, durante o cerco que os franceses fizeram à cidade de Nápoles. Por isso, os franceses chamavam a enfermidade de "doença de Nápoles", enquanto os italianos a chamavam de "doença francesa" (morbo gálico, em latim). Muitos autores supõem que se trata de doença antiga na Europa, mas que ainda não tinha sido descrita. Outros acham que a enfermidade foi trazida da América, pela frota de Colombo.

Entretanto, o autor menciona que a referida doença se espalhou popularmente e com as passagens dos viajantes portugueses pelas Índias foi renomada como "paranque rere"¹⁸ (Martins *et al.*, 1997).

Em 1905 o cientista alemão Fritz Schaudinn e sua assistente, Erich Hoffmann, descobriram a bactéria *Treponema pallidum* como agente causador da sífilis. Essa descoberta foi um grande avanço para o entendimento da doença (Souza, 2005).

No ano seguinte, em 1906, o médico austríaco August von Wassermann desenvolveu o teste de Wassermann, um exame de sangue que detectava anticorpos produzidos pelo organismo em resposta a infecção por sífilis, este teste permitiu o diagnóstico preciso da doença (Brasil, 2010).

Neste contexto, mediante a busca do diagnóstico, Carrara (1996) relata a revolução científica da sífilis, ocorrida no Brasil nos meados do século XIX, e registrou as palavras citadas pelo sifiliologista Eduardo Rabelo em 1918, as quais diziam que a sífilis era grave e frequentemente disseminada, o suficiente para torná-la um "problema preocupante" (Carrara, 1996).

Em busca da compreensão, o autor relata a reflexão da revolução sifilítica citada pelo médico Claudemiro Caldas após o século XIX, por volta de 1940, concluindo que a sífilis ocorre de forma progressiva, é provocada por um agente causal, é observável por sinais e sintomas e contraída por meios de transmissão, tornando suas consequências orgânicas e sociais (Carrara, 1996).

18 "A doença do português" (Martins *et al.*, 1997).

Objetivando entender os problemas alarmantes destacados nos parágrafos anteriores, Brasil (2019) descreve que a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), contudo, suas condições são crônicas e curáveis.

O agente causador da doença referida é o *Treponema pallidum*, uma bactéria em forma de espiral, que se movimenta de modo rotatório, característico das espiroquetas, e que, contraído durante a gravidez, requer intervenção imediata para minimizar o potencial de transmissão vertical (Brasil, 2005b).

A detecção da doença é de fácil diagnóstico, o tratamento médico é de baixo custo, porém, as consequências podem ser desastrosas caso a paciente não seja tratada, especialmente em pacientes com idade reprodutiva (Damasceno *et al.*, 2014).

Com o objetivo de reflexão, buscamos, em um primeiro momento, discorrer sobre a origem da doença, destacando sua ocorrência no período gestacional e a existência da intervenção. Neste segundo momento esboçamos intervenções, triagem, tratamento, prevenção e controle da sífilis no período gestacional.

2.3.1 Sífilis na gravidez: o que fazer?

Nos capítulos anteriores entendemos a importância da implementação de melhorias a partir de políticas públicas de saúde no SUS. Aqui exploraremos as causas, estágios e transmissão da sífilis, bem como os riscos e complicações associadas à sífilis durante a gravidez. Também discutiremos opções de triagem e tratamento para as mulheres grávidas com sífilis, bem como as estratégias para prevenir e controlar a infecção.

Entre 2009 e 2012 o programa DST/Aids passou a ser subordinado pelo Ministério da Saúde, que logo instituiu, na rotina do pré-natal, os testes rápidos e a instituição da rede Cegonha, em 2011 (Miranda *et al.*, 2021).

Primordialmente a gestante deve realizar o pré-natal, que, de acordo com o MS, é o responsável por garantir o desenvolvimento da gestação e o nascimento de um recém-nascido saudável sem afetar a saúde materna, incluindo aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (Brasil, 2012).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta preferencial das gestantes no sistema de saúde, é também onde ocorre a estratégia do cuidado, incluindo o acompanhamento longitudinal e contínuo, principalmente durante a gestação (Brasil, 2012).

Inicialmente, toda gestante deve realizar o teste de sífilis duas vezes durante as consultas de pré-natal, a primeira no primeiro trimestre e a segunda no terceiro trimestre, os parceiros sexuais também devem ser testados, além disso, uma investigação de sífilis deve ser iniciada imediatamente após o parto (Brasil, 2021a).

Nesse sentido, em casos positivos de sífilis na gestação, as mulheres e seus parceiros devem receber tratamento para prevenir a progressão da doença, seguir o tratamento e serem orientados sobre os cuidados preventivos da sífilis congênita (Brasil, 2012).

Para melhor entendimento, destaca-se a importância do reconhecimento das formas de transmissão, sendo estas por contato sexual, transfusões de sangue ou de mãe para criança durante a gravidez ou parto (Brasil, 2012).

Conseqüentemente, o tempo de infecção é classificado em: sífilis adquirida recente, com seu desenvolvimento até um ano e, sífilis adquirida tardia, com mais de um ano em sua progressão (Brasil, 2023a).

De acordo com Brasil (2023a), não há vacina contra a sífilis e a infecção pelo patógeno não confere imunidade protetora¹⁹, causando reinfecção no indivíduo desprotegido, neste seguimento, a sífilis não tratada tem quatro estágios em suas manifestações: primário, secundário, latente²⁰ e terciário.

Durante o estágio primário, uma ferida indolor, chamada cancro, aparece no local da infecção, no estágio secundário uma erupção cutânea pode aparecer no corpo, no

¹⁹ Imunidade permanente (Brasil, 2010).

²⁰ Não aparente ou sem sintomas (Brasil, 2021a).

estágio latente a infecção está dormente, podendo não apresentar nenhum sintoma, a mesma pode ser de modo recente, até um ano de exposição, ou tardia, com mais de um ano em sua progressão, já no estágio terciário, a infecção pode causar sérios danos aos órgãos, incluindo cérebro, coração e ossos (Brasil, 2021a, 2023a).

A sífilis pode causar sérias complicações para mulheres grávidas e seus bebês ainda não nascidos, caso esta não seja tratada, podendo acarretar em mortes fetais²¹, natimortos²², óbitos neonatais²³, neonatos precoces²⁴ bem como, pode perpetuar a transmissão de sífilis congênita (Brasil, 2021a).

Para melhor resolutividade, o diagnóstico ²⁵ e o monitoramento iniciam com o teste treponêmico²⁶, onde é observado se este terá positividade, portanto, em caso de teste positivo no ato da realização do teste rápido, considera-se dar início ao tratamento da sífilis (Brasil, 2021a).

No que se refere à gestante com histórico de sífilis, esta deverá começar o rastreio imediato com o teste não treponêmico devido a possibilidade desta mulher manter-se positiva durante toda a sua vida, mesmo sem a reinfecção com o *T. pallidum* (Brasil, 2021a).

Nesse paradigma de diagnóstico, o Quadro 1 expõe, de forma explicativa, a conduta e seguimento de sífilis na gestação

21 Morte de um produto de concepção, antes da expulsão (Brasil, 2004).

22 Nascido morto (Brasil, 2004).

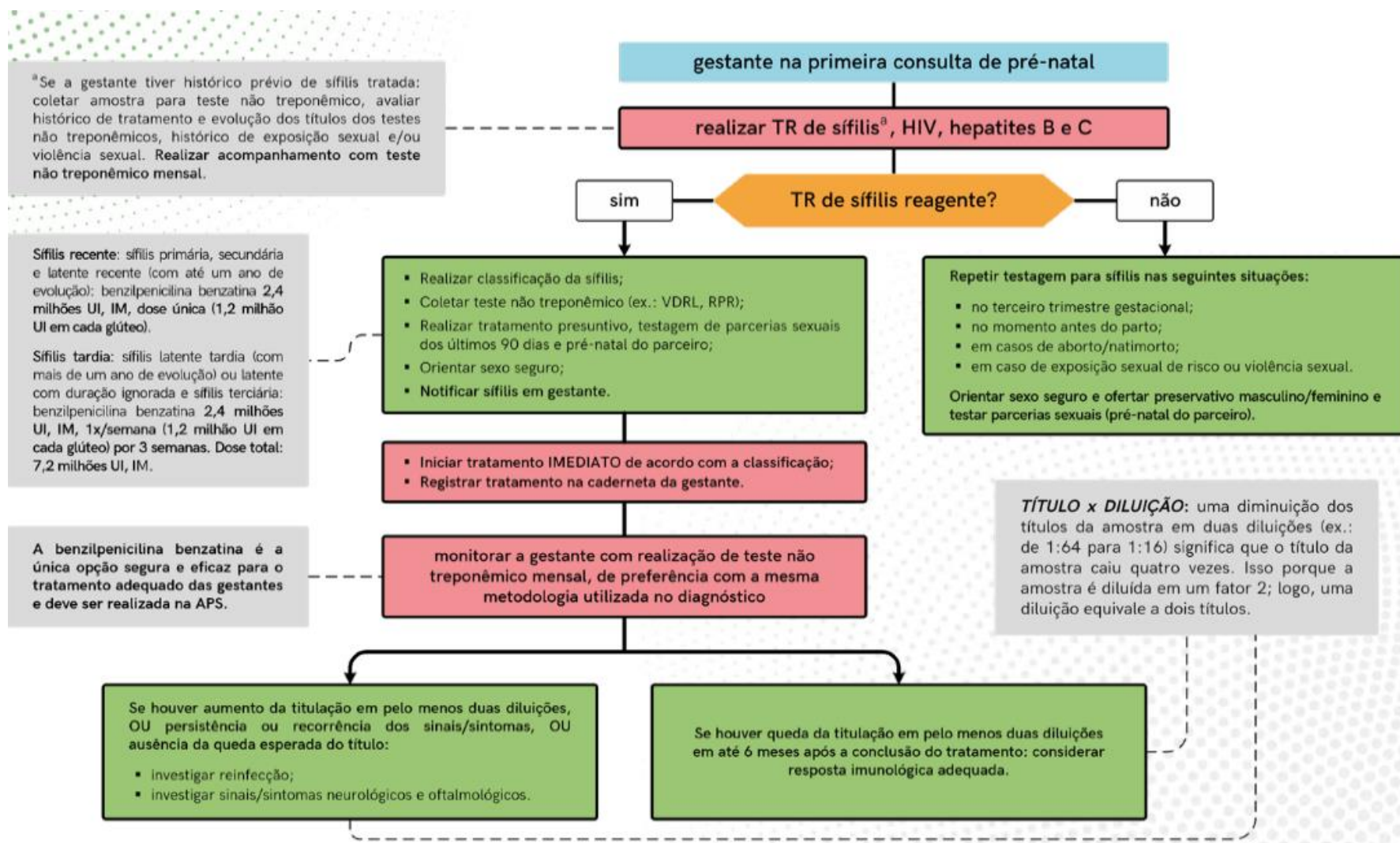
23 Óbito ocorrido em crianças menores de 28 dias de vida (Brasil, 2004).

24 Período de mortalidade de 0 a 6 dias de vida (Brasil, 2004).

25 Cada mulher grávida deve passar por, preferencialmente um teste de sífilis no início do primeiro trimestre outro teste no início da última fase da gestação (às 28 semanas), e durante o momento do parto ou aborto, sem considerar exames anteriores (Brasil, 2021a).

26 Teste rápido (Brasil, 2021a).

Figura 1 - Fluxograma de sífilis em gestante: conduta e seguimento durante o pré-natal



Fonte: Brasil (2021c).

Caso o diagnóstico seja positivo, o companheiro deverá ser rastreado com os testes relacionados anteriormente, e a gestante deverá realizar a notificação compulsória de acordo com a Portaria MV/SVS nº 33 (Brasil, 2005a, 2023a).

O tratamento disponibilizado como único e eficaz durante a gestação é a benzilpenicilina, sendo este aprovado no Brasil e no mundo, o tratamento com qualquer outra substância é considerado inadequado à mãe diagnosticada com sífilis (Brasil, 2023a).

Segundo Brasil (2023a), nestas circunstâncias, o tratamento e o monitoramento deverão respeitar o estágio diagnosticado, seguido do esquema terapêutico e as solicitações dos testes não treponêmico.

Neste seguimento, é importante ressaltar que o tratamento da sífilis recente (menos de 1 ano), incluindo sífilis primária, secundária ou latente recente, requer o uso do esquema terapêutico com penicilina G benzatina, conforme orientações médicas que, conforme as diretrizes, a administração é de 2.400.000 unidades internacionais (UI) de penicilina G benzatina, por via intramuscular (IM), dividida em dose única de 1,2 milhões UI em cada glúteo (Brasil, 2023a).

Já a sífilis tardia (maior de 1 ano), com destaque para a sífilis latente tardia de duração prolongada e a sífilis terciária, seguirá o esquema terapêutico com penicilina G benzatina seguindo as orientações de 2.400.000 UI semanal, sendo este realizado durante 3 semanas, com aplicação de 7.200.000 UI em cada glúteo (Brasil, 2023a).

A coordenação geral de Infecções sexualmente transmissíveis reforçou, em Nota Técnica (nº 14/2023 - DATHI/SVSA/MS), a orientação do tratamento terapêutico referente a aplicação da penicilina G benzatina administrada semanalmente, onde frisou a não exceder 9 dias no intervalo das aplicações, caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas for superior a nove dias, deve-se reiniciar o esquema de tratamento, a atualização baseou-se nos estudos evidenciados por Workowski *et al.* (2021) e Ramchandani, Cannon e Marra (2023).

Segundo Brasil (2023a), caso ocorra hipersensibilidade frente ao tratamento da medicação supracitada, é indicada a dessensibilização²⁷, procedimento adequado para gestantes, o qual é realizado por via oral com a medicação Pen-Ve-Oral, o qual deve ser administrado em unidades hospitalares, de acordo com a determinação prescrita pelo médico. Este processo tem duração de quatro horas, após isso, o tratamento com penicilina poderá ser iniciado.

Neste conteúdo apresentamos a trajetória da gestante frente ao diagnóstico de sífilis e o tratamento, trazendo a importância da realização do pré-natal e do tratamento da doença, evitando assim, problemas futuros para a mãe e o bebê no período da gestação.

27 Diminuir o processo alérgico (Brasil, 2023a).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de gestantes com diagnóstico de sífilis no município de Cariacica/ES à luz da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil de mulheres grávidas com diagnóstico de sífilis considerando os aspectos sociodemográfico;
- b) Identificar os aspectos clínicos das gestantes diagnosticadas com sífilis;
- c) Descrever o processo histórico da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal considerando as esferas nacional, estadual e municipal.

4 MÉTODOS

A seguir tem-se a organização dos processos utilizados como ferramenta instrumental nesta pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

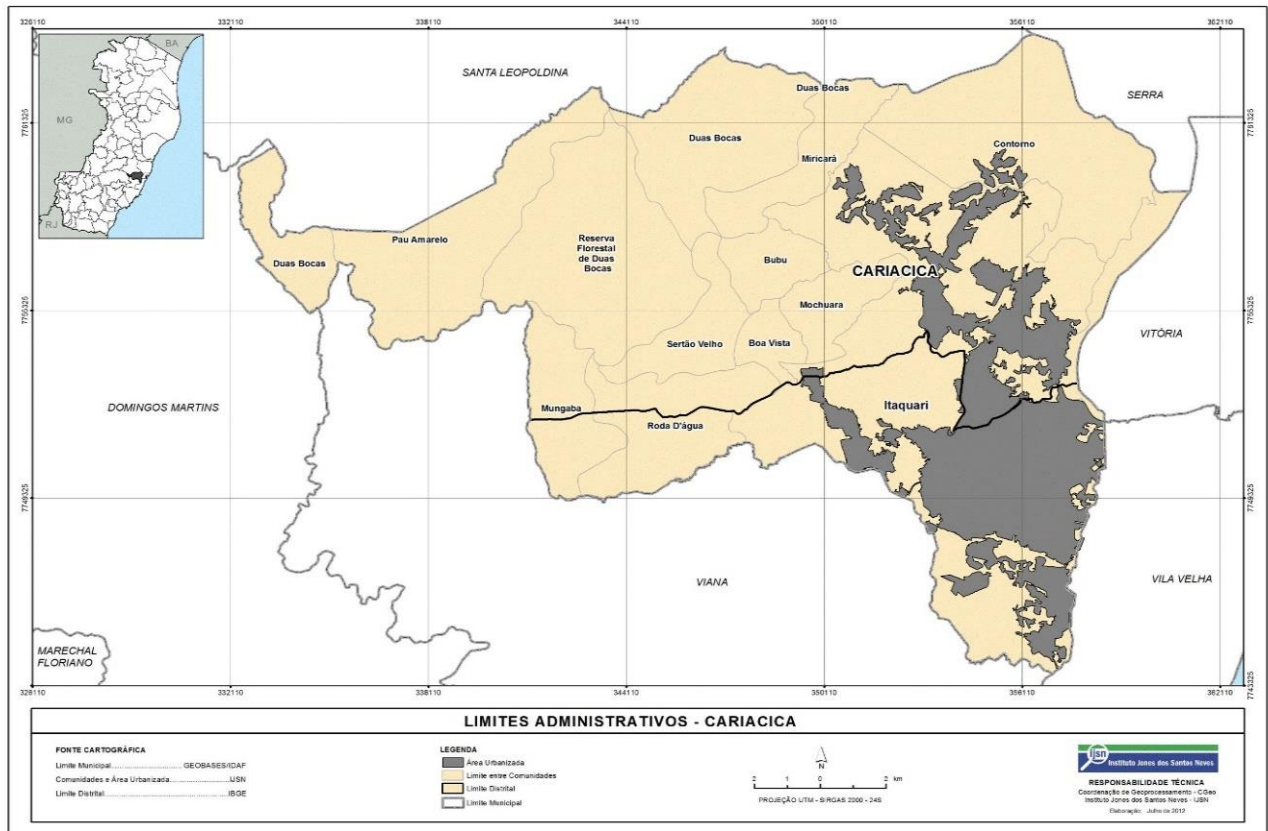
Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza quantitativa caracterizada por um estudo transversal com coleta de dados retrospectiva das mulheres grávidas notificadas a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Esses dados foram obtidos junto ao serviço de vigilância epidemiológica do município de Cariacica/ES, referentes ao período de 2017 a 2021.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica (SEMUS). Neste cenário, são centralizados os aspectos de serviços administrativos, defesa, educação e saúde pública e Seguridade Social (PROATER, 2020).

O município está localizado na região metropolitana da Grande Vitória, com uma população estimada de 348.738 habitantes sobre uma área geográfica de 279,975 km², com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,718. Ao Norte faz divisa com Santa Leopoldina, ao Sul limita-se com Viana, ao leste com Vila Velha e ao Oeste faz divisa com Domingos Martins. Vale ressaltar a composição de dois distritos: Cariacica (sede) e o distrito de Itaquari, conforme demonstrado na Figura 2 (IJSN, 2020; IBGE, 2022).

Figura 2 - Mapa dos Distritos e principais comunidades do município de Cariacica/ES, 2020



Fonte: IJSN (2020).

Segundo o panorama do IBGE de 2022, a população feminina de Cariacica/ES é de 178.951 mulheres. Dessa forma, a prefeitura de Cariacica dispõe de serviços de atendimento em saúde para o público feminino e para a população geral. Atualmente, a rede é composta pela maternidade municipal, 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 Unidades de Saúde Familiar (USF) e 04 Pronto Atendimentos (PAS) para melhor atender o público do município e na realização do tratamento de sífilis.

Sobretudo, vale ressaltar que, em março de 2020, apenas 10 UBSs e três Prontos Atendimentos (PAS) ofertavam o tratamento de sífilis com injeções de penicilina benzatina. Logo, no segundo semestre de 2020, o tratamento contra sífilis encontrava-se disponível nas 28 unidades de saúde de Cariacica, propiciando o tratamento precoce em mulheres grávidas a partir da aplicação da Penicilina Benzatina (Cariacica, 2020).

4.3 AMOSTRA

Participaram do estudo um total de 1.258 mulheres gestantes com sífilis, residentes no município de Cariacica, notificadas entre 1º de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021.

O período para coleta de dados está relacionado aos altos índices positivos de sífilis gestacional no Espírito Santo, o qual apresentava a 3ª maior taxa de incidência de sífilis em gestante no Brasil, ainda em 2017 (Brasil, 2017a).

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas mulheres grávidas com sífilis na faixa etária a partir de ≥ 13 anos²⁸, estabelecida nos parâmetros da nota informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, e moradoras do município de Cariacica/ES, Brasil.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas mulheres com casos notificados por duplicidade no mesmo ano.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de informações foram utilizados os itens e informações registradas da ficha de investigação – sífilis em gestantes (ANEXO A), consoantes com o Sistema de Informação de Agravos (SINAN) e na plataforma Vigilância em Saúde (ESUS-VS²⁹) alimentado, principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017), preenchida pelos profissionais de saúde. Sua utilização, de forma sistemática e descentralizada,

²⁸ Situação de criança com menos de 13 anos de idade com diagnóstico de sífilis trata-se de sífilis congênita (devem ser sempre afastadas situações de sífilis adquirida em situação de violência sexual (Brasil, 2023a).

²⁹ Art. 1 (E-SUS VS) único Sistema Oficial para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território do Espírito Santo (Espírito Santo, 2020).

contribuiu para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso às informações e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

Para realização da coleta foi utilizada a Ficha de Dados (APÊNDICE A) elaborada pela pesquisadora e a mesma foi aplicada nos anos de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021. As informações foram coletadas a partir das informações cedidas pela vigilância epidemiológica de Cariacica-ES através dos dados da notificação. Registra-se que, entre os anos 2017, 2018 e 2019 as fichas foram inseridas na plataforma do SINAN, que é de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica (Vigep), e os demais anos (2020 até 2021) foram registrados através da plataforma ESUS-VS, sistema de notificação compulsória de doenças e agravos que está em vigor até o momento atual.

Foram consideradas todas as notificações de mulheres grávidas moradoras do Município de Cariacica/ES com idade de treze anos até quarenta e cinco anos, idade máxima encontrada nas notificações, de acordo com a coleta de dados. A coleta de dados foi oportunizada pelo setor de Vigilância epidemiológica da SEMUS no período de 10 de abril de 2023 a 14 de julho de 2023.

O diagnóstico foi assegurado a partir do Programa Rede Cegonha, lançado pelo Ministério da saúde em 2011, que ampliou melhorias no pré-natal e implementou testes rápidos para todas as gestantes (Brasil, 2011b). No município de Cariacica, os testes de sífilis são disponibilizados em todas as unidades de saúde de segunda a sexta-feira das 7h às 16h, o teste rápido leva em torno de 15 minutos para fornecer o resultado (Cariacica, 2020).

4.4.1 Aspectos sociodemográfico e o destino de referência no nível de atenção à mulher

Foram coletadas informações das gestantes segundo: faixa etária (13-19 anos, 20-24 anos, 24-29 anos, >30 anos); Raça/Cor (Branca, parda e preta, amarela e indígena (outros) e ignorado); escolaridade (Analfabeto, 1º grau completo, 1º grau incompleto,

2º grau completo, 2º grau incompleto, superior completo, superior incompleto, Ignorado); dados residenciais quanto ao local de moradia (urbana, rural, ignorado); quanto a classificação nível de atenção (1º, 2º, 3º ou ignorado).

4.4.2 Aspectos clínicos

Com relação as gestantes, foram coletadas informações quanto: a Unidade de saúde (nome); data do diagnóstico da sífilis; classificação clínica: (primária, secundária, terciária, latente ou ignorado); Tipos dos testes sífilis: Teste não treponêmico (reagente, não reagente, não realizado ou ignorado), e teste treponêmico (reagente, não reagente, não realizado ou ignorado).

Na presente pesquisa considerou-se o esquema registrado na ficha de investigação sífilis em gestantes (ANEXO A), uma vez que a pesquisadora não teve acesso as informações clínicas das gestantes por não estarem registradas na ficha de notificação. Diante disso, a indicação de tratamento considerou os esquemas descritos na ficha de investigação - sífilis em gestantes:

- I. Penicilina G benzantina 2.400.000 UI
- II. Penicilina G benzantina 4.800.000 UI
- III. Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
- IV. Outros Esquemas
- V. Ignorado

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o sistema e-SUS VS e Excel (Microsoft®), cujos resultados foram estratificados por meio de estatística descritiva e apresentados através de tabelas e gráficos.

4.5.1 Análise descritiva

A análise descritiva foi realizada através de tabelas de frequências absolutas e relativas para variáveis nominais e medidas de resumo de dados com média e desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis contínuas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Emescam, com o nº de CAAE 65022922.7.0000.5065 (ANEXO B) e de acordo com o ANEXO C, termo de confidencialidade e sigilo de informação. A pesquisadora se compromete a manter sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a partir do termo de confidencialidade e sigilo de informações no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica (SEMUS). A pesquisa dispensa o uso de TCLE uma vez que a pesquisa é de caráter retrospectivo e dados secundários.

Todas as etapas do estudo foram respeitadas conforme as normas estabelecidas nas diretrizes e Normas reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12. A guarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante um período de cinco anos. Os mesmos assumem total responsabilidade pelas consequências legais advindas da utilização inadequada dos dados obtidos e pelo desvirtuamento da finalidade prevista do Projeto de Pesquisa.

A presente pesquisa teve risco mínimo, conforme registros de informações de acordo com a notificação e compartilhamento de dados, entretanto, a pesquisadora responsável está ciente quanto a responsabilidade dos dados e garantiu o sigilo das informações coletadas, não identificando nominalmente as pacientes pesquisadas no âmbito da pesquisa.

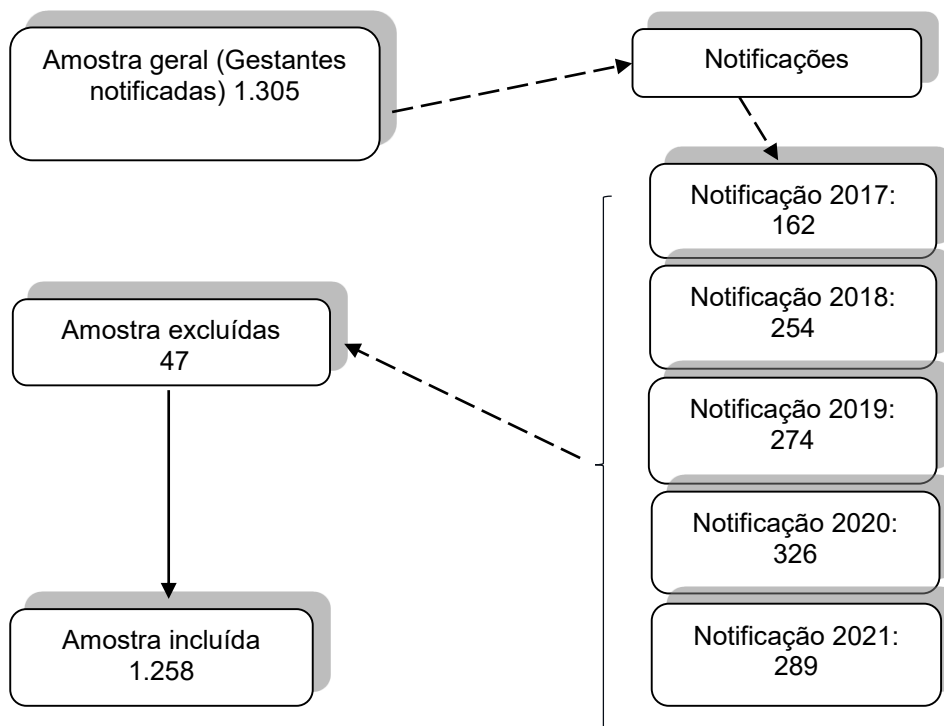
No entanto, o estudo de pesquisa desperta a compreensão das políticas públicas que contribuíram até o presente momento na história do setor da saúde. Esta dissertação tem o objetivo de coletar dados e apresentar sugestões de melhorias futuras em relação ao enfrentamento de sífilis em gestantes no município de Cariacica/ES.

Paralelamente, compreender determinantes de uma doença local é essencial no desenvolvimento de metas e ações a serem traçadas. Neste contexto, espera-se incentivar futuras pesquisas, tendo em vista a relevância da análise estudada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registradas 1.305 notificações, sendo 47 excluídas devido à duplicidade no mesmo ano e uma notificação por não ser moradora do município, totalizando uma amostra final de 1.258 notificações (Figura 3).

Figura 3 - Quantitativo de mulheres notificadas com sífilis na gestação entre o os anos de 2017 até 2021 do município de Cariacica/ES



Fonte: elaborada pela autora.

A tabela abaixo apresenta o resultado do perfil demográfico, considerando a frequência da ocorrência por ano de análise, a faixa etária, a identificação da raça, cor, a escolaridade, os dados residenciais quanto ao local de moradia e quanto a classificação nível de atenção (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil demográfico dos casos notificados de sífilis em gestantes moradoras do município de Cariacica/ES, considerando os anos de 2017 a 2021

Variável	População	
	N = 1.258	100%
Ano da notificação	N (%)	
	1.258	
Ano 2017	158 (12,5%)	
Ano 2018	244 (19,4%)	
Ano 2019	260 (20,6%)	
Ano 2020	312 (24,8%)	
Ano 2021	284 (22,6%)	
Idade		
13-19	367 (29,2%)	
20-24	429 (34,1%)	
25-29	248 (19,7%)	
≥30	214 (17%)	
Raça e a cor		
Parda e preta	842 (66,9%)	
Branca	140 (11,1%)	
Indígena /amarela (outros)	87 (6,9%)	
Ignorado	189 (15%)	
Escolaridade		
1º grau completo	121 (9,6%)	
1º grau incompleto	324 (25,7%)	
2º grau completo	211 (16,7%)	
2º grau incompleto	185 (14,7%)	
Superior completo e incompleto	8 (0,6%)	
Analfabeto	1 (0,07%)	
Ignorado	408 (32,4%)	
Zona da residência		
Urbana	1.105 (87,8%)	
Rural	12 (0,9%)	
Ignorado	141 (11,2%)	
Nível de atenção em saúde		
Atenção Primária	646 (51,4%)	
Atenção Secundária	20 (1,6%)	

Atenção Terciária	327(26%)
Ignorado	265 (21%)

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Legenda: Coleta de dados das gestantes com Sífilis Notificadas no município de Cariacica-ES entre os anos 2017/2018/2019/2020/2021.

Os resultados apresentados nesta pesquisa corroboram com os dados do Ministério da Saúde (MS), os quais demonstram uma elevação constante nos casos notificados de Sífilis Gestacional na Região Sudeste (Brasil, 2023c). No entanto, ao confrontar nossos resultados com dados registrados ainda na plataforma (DATHI³⁰), com referência aos dados abrangentes do Espírito Santo, e especificamente no município de Cariacica, nota-se uma discrepância entre as informações coletadas e os registros municipais inseridos, sugerindo uma inconsistência nos dados disponíveis (Brasil, 2023c).

Registra-se que, somente em 2018 houve concordância entre a coleta e os dados disponibilizados pelos indicadores. Sobre essa temática, a Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011, estabelece normas de empregabilidade de modelos de interoperabilidade e dados em sistemas de informação em saúde inseridos nas esferas Municipal, Distrital, Estadual e Federal do Sistema Único de Saúde, bem como para os sistemas privados e de saúde suplementar (Brasil, 2011c). Essas medidas visam promover a integração e troca de informações entre os diferentes sistemas de saúde, facilitando o acesso aos dados de saúde e melhorando a qualidade dos serviços prestados à população. A discrepância entre as informações registradas pode ser atribuída a uma possível falha na interoperabilidade entre diferentes sistemas. Isto é, quando os sistemas não conseguem trocar informações de maneira eficaz e consistente, podendo resultar em lacunas na coleta de dados ou em inconsistências nos dados coletados.

³⁰ Os dados registrados na plataforma do Ministério da Saúde, conhecida como Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), revelam uma variação significativa no número de notificações de sífilis em gestantes ao longo dos anos. Em 2017 foram registradas 139 notificações, em 2018 o número subiu para 244, em 2019 foram registradas 221 notificações, em 2020 o número diminuiu para 49, em 2021 foram lançadas 46 notificações, e em 2022 o número voltou a subir, atingindo 97 notificações (Brasil, 2023c).

Estas divergências podem prejudicar a capacidade de resposta rápida das autoridades de saúde e a implementação de medidas preventivas. Portanto, neste contexto é necessário investigar e resolver questões relacionadas à interoperabilidade entre os sistemas para garantir a precisão e a consistência dos dados coletados, o que é crucial para informar políticas e ações eficazes de saúde pública relacionadas à sífilis em gestantes. É importante ressaltar que, diante das divergências das informações citadas, a confiabilidade dos dados coletados permanece na base municipal do setor epidemiológico.

Ao se estudar a distribuição das ocorrências de sífilis em gestante ao longo dos cinco anos da coleta de dados, verificou-se que houve um aumento gradativo das notificações, considerando os anos de 2017 até 2020, onde houve variação de 12,5% a 24,8%. Em Cariacica, o aumento da ocorrência de sífilis em 2020 e 2021 pode ser justificada pela disponibilização do rastreio, tratamento e capacitação dos profissionais nas 28 unidades disponibilizados que ocorreu em de 2020. Registra-se que até no mês de março, somente 10 unidades e os PAs disponibilizava o tratamento no município (Cariacica, 2020).

Portanto, a ampla disponibilização do antibiótico Penicilina Benzatina (Benzetacil) pode ter colaborado com a redução das notificações em 2021, considerado o período pandêmico da COVID-19. Destaca-se que, segundo Backi, Pereira e Locatelli (2022), algumas regiões podem ter tido o pré-natal comprometido com relação a continuidade durante o período da COVID-19 devido a questões culturais.

No que diz respeito a faixa etária, constatamos uma proporção significativa de mulheres adultas jovens, na faixa etária entre 20 e 24 anos, esses achados corroboram com os estudos de Waltz *et al.* (2021), que reforçam as conjecturas de que mulheres mais jovens estão mais suscetíveis à exposição e ao risco de contrair sífilis por acesso desigual aos cuidados de saúde, discriminação racial e falta de educação em saúde. Para ampliar o alcance da assistência de saúde à população, os autores sugerem a implementação de medidas preventivas mais eficazes para melhor abrangência da população assistida por equipes de saúde, devendo estas serem acompanhadas por medidas preventivas proficientes, essa observação pode ser elucidada pela vulnerabilidade social desse grupo demográfico.

Nossos achados estão alinhados com os estudos de Conceição, Câmara e Pereira (2019), visto que, em ambos os estudos, é possível afirmar que mulheres na faixa etária entre 20 a 24 anos estão vivendo/vivenciando um período que é caracterizado como um período de descobertas e influências marcantes advindas de grupos sociais, e estas mulheres estão propensas à exposição e às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Este fato se dá frente a tendência contemporânea de início precoce da vida sexual, a qual é associada à prática desprotegida, onde mulheres com vida sexual ativa e desprotegida estão (predispostas) à gestação e as ISTs. Ao especificar as necessidades das mulheres em idade juvenil e jovens, cabe as organizações da sociedade civil, e outras partes interessadas, coordenar e estabelecer parcerias intersetoriais entre os setores de saúde e de educação para promover a conscientização baseada na promoção da saúde sexual e reprodutiva entre mulheres jovens.

Em relação a cor declarada, nossos resultados demonstraram, em sua maioria, mulheres com características pardas e negras. Esses achados estão em consonância com os dados relacionados por Lauret *et al.* (2021) que, ao caracterizarem, em seus estudos, o perfil epidemiológico em gestantes e casos de sífilis congênita, no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), verificaram que, 69,4% declaravam-se pardas e 18,4% negras. Outro estudo, realizado por Conceição, Câmara e Pereira (2019), também corrobora com os achados deste estudo ao descrever que, 66,4% das mulheres declararam-se pardas na pesquisa intitulada por Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita em Caxias (MA), durante o período de 2013 a 2017.

O perfil predominante de mulheres jovens de cor parda e negra nas características epidemiológicas especificadas pode ser explicado a partir dos fatores de vulnerabilidade social, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, além de questões culturais e sociais, de acordo com Conceição, Câmara e Pereira (2019). Neste aspecto, é fundamental abordar as causas subjacentes dessa disparidade, incluindo fatores sociais, econômicos e estruturais, caracterizando a existência de que demonstra ser desejável o desenvolvimento de intervenções específicas que atendam às necessidades dessas comunidades de forma sensível e equitativa.

Em relação aos casos com escolaridade conhecida, a análise entre os anos 2017 a 2021 demonstrou que, 25,7% tinham o 1º grau incompleto e 14,7% possuíam o segundo grau incompleto, totalizando 40,4% de mulheres adultas jovens em nível de escolaridade incompleta. Isso está alinhado com os resultados analisados em estudos de Rebouças *et al.* (2023) que, entre os anos 2011 a 2021, identificaram uma incidência de gestantes em séries incompletas do ensino fundamental.

Alguns autores indicam a existência de ligação entre o nível educacional incompleto como um elemento de risco para uma maior incidência de sífilis em gestante (Heringer *et al.*, 2020; Waltz *et al.*, 2021). É notável uma lacuna na educação formal, evidenciada pela incompletude do ensino ao longo das fases educacionais, sendo assim, é crucial adotar abordagens inclusivas e adaptadas às suas necessidades específicas, garantindo acesso adequado aos serviços de saúde, educação em saúde acessível e envolvimento comunitário significativo. Essas medidas podem contribuir para melhorar os resultados de saúde materna e reduzir a transmissão vertical da sífilis.

Nossa análise em relação a residência identificou a maior ocorrência de mulheres residentes na zona urbana (87,8%). Os dados coincidem com um levantamento conduzido pelo IBGE, que classificou a população feminina residente em Cariacica/ES, registrando 51,3% das mulheres na base de dados (IBGE, 2022). Segundo Marques *et al.* (2018), neste cenário há a necessidade de implementar-se ações mais robustas direcionadas para a prevenção, identificação precoce e tratamento eficaz da sífilis nesta região, visto que, a maioria das mulheres notificadas são moradoras da zona urbana.

Enfatiza-se a importância de formulação de estratégias abrangentes de rastreamento para o pré-natal, especialmente em áreas urbanas, para detecção precoce da sífilis gestacional, a incluir implementação de campanhas de conscientização em larga escala sobre a sífilis na gestação, visando educar as mulheres, os parceiros, os familiares e os profissionais de saúde sobre a importância da prevenção, testagem e tratamento precoce da doença.

Quanto a oferta em diagnóstico e tratamento no período gravídico, o atendimento das mulheres gestantes foi de 51,4% oferecidos na atenção primária pela UBS e 26%

foram ofertados na atenção terciária, em atendimento de maior complexidade. Sendo assim, verificou-se maior abrangência na atenção primária, por meio das notificações individualizadas de sífilis em gestantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Segundo Silva e Gomes (2020), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve frisar a qualidade do cuidado pré-natal, focando na busca ativa por casos, tratamentos e na facilitação do acesso a exames laboratoriais e a orientações voltadas ao cuidado em saúde.

Em relação ao diagnóstico na unidade terciária, é possível destacar a atenção durante o parto em nível hospitalar, esta atenção busca assegurar um nascimento seguro, com cuidados médicos especializados para lidar com possíveis complicações, seguindo os procedimentos e exames para detecção de sífilis durante o trabalho de parto ou aborto, sem levar em conta testes anteriores (Brasil, 2021a, 2011a).

Neste exposto, o diagnóstico na atenção terciária geralmente envolve hospitais e centros especializados, onde se espera um diagnóstico mais preciso e detalhado, incluindo exames laboratoriais avançados, acompanhamento especializado e tratamento adequado para casos mais complexos ou avançados da doença.

De modo geral, é importante que, em ambos os locais de atenção, a mulher seja acolhida e informada de modo claro e objetivo sobre os efeitos da doença para a mãe e o feto, além de que, deve-se esclarecer as opções de tratamento e também ofertar apoio emocional durante o processo de diagnósticos de sífilis na gestação.

A tabela abaixo apresenta o perfil clínico considerando a idade gestacional, a classificação clínica da doença, os resultados treponêmico e não treponêmico, o esquema indicado para tratamento e o quantitativo de mulheres indicadas a realizar tratamento de sífilis na gestação (Tabela 2).

Tabela 2 - Características das condições clínicas dos casos notificados de sífilis em gestantes moradoras do município de Cariacica/ES, considerando os anos de 2017 a 2021

Variável	População
	N = 1.258 100%
Idade gestacional	
1º trimestre	267 (21,2%)
2º trimestre	227 (18%)
3º trimestre	235 (18,7%)
Ignorado	529 (42,1%)
Classificação clínica	
Fase primária	123 (9,7%)
Fase secundária	21 (1,6%)
Fase terciária	93 (7,4%)
Fase Latente	226 (17,9%)
Ignorado	795 (63,2%)
Teste treponêmico	
Reagente	911 (72,4%)
Não reagente	53 (4,2%)
Não realizado	203 (16,1%)
Ignorado	91 (7,2%)
Teste não treponêmico	
Reagente	590 (46,9%)
Não reagente	36 (2,8%)
Não realizado	420 (33,4%)
Ignorado	212 (16,8%)
Tratamento	
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	128 (10,2%)
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	21 (1,7%)
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	934 (74,2%)
Outros Esquemas	11 (0,9%)
Ignorado	164 (13%)
Quantitativo de Mulheres Indicadas ao Tratamento	
Sim	1.094 (87%)
Não	164 (13%)

Legenda: Coleta de dados gestante com Sífilis Notificadas no município de Cariacica-ES entre os anos 2017/2018/2019/2020/2021.

A análise das informações referente a idade gestacional declarada no momento da notificação apresentou 42,1% de declarações ignoradas em comparação aos estágios precoces na gestação, afirmada com 21,2%. Esses resultados estão em sintonia com as conclusões de Ramos *et al.* (2022), que indicam a ineficácia do serviço na identificação de mulheres com sífilis durante a gestação ao declarar ignorado a idade gestacional no ato da notificação de sífilis na gestação.

Além disto, foi observada uma frequência de 18,7% de mulheres notificadas no 3º trimestre, o que sugere que o rastreamento no pré-natal pode não estar sendo realizado de forma eficaz durante os estágios iniciais da gravidez, quando as intervenções podem ter um impacto mais significativo na redução do risco de transmissão vertical. Segundo Bertusso *et al.* (2018), o diagnóstico de sífilis no 3º trimestre de gestação deve-se a má qualidade do cuidado no pré-natal e a ausência de tratamento dos companheiros.

Diante dos resultados, é observável um percentual elevado de gestantes que tiveram desconsideradas a idade gestacional, sendo necessário o fortalecimento e o envolvimento da equipe em saúde para a realização de uma avaliação abrangente e direcionada no monitoramento e acompanhamento no pré-natal, de forma a promover resultados positivos de saúde materna e infantil.

A análise da classificação clínica da sífilis gestacional revelou uma distribuição heterogênea entre as categorias de infecção primária, secundária, terciária e latente. Essa diversidade de apresentações clínicas destaca a complexidade no diagnóstico e manejo da doença durante a gravidez. Estudos anteriores, como o de Torres (2022), assemelham-se com os dados coletados, categoricamente, destacando a fase de latência frente à classificação clínica da doença. Segundo o Ministério da Saúde, a classificação clínica está voltada para a conduta profissional, devendo seguir as normas e protocolos metodológicos indicados no pré-natal (Brasil, 2021c).

A análise clínica da doença é um momento crucial no qual o profissional de saúde utiliza informações clínicas, testes diagnósticos e seu conhecimento especializado para identificar e confirmar o diagnóstico adequado. No entanto, a pesquisa destaca um percentual elevado de respostas ignoradas quanto a esta análise, o que nos leva

a considerar falta de segurança no manejo da doença por parte dos profissionais de saúde. Neste conceito, recomenda-se a conscientização e a capacitação dos profissionais de saúde sobre a importância do diagnóstico durante o pré-natal, salientando a importância do preenchimento completo dos dados, demonstrando empatia e diplomacia.

Em relação aos testes realizados para identificação da sífilis, de acordo com o Manual Técnico para o diagnóstico da sífilis, o teste treponêmico é o primeiro exame imunológico utilizado no início do rastreio, podendo ser realizado em laboratório ou de forma rápida (teste rápido) (Brasil, 2021c). Os resultados obtidos neste estudo revelaram uma elevação significativa para anticorpos reagentes treponêmico no sangue das pacientes. Esses achados sugerem fortemente uma exposição prévia ao *Treponema pallidum*, o agente causador da sífilis. Segundo as informações do Ministério da Saúde, esses dados merecem investigação, pois o teste treponêmico identifica a presença da infecção ou cicatriz sorológica, sendo que, 85% dos casos positivos podem permanecer reagentes ao longo da vida, mesmo após o tratamento da doença, devendo ser interpretado em conjunto com outros testes diagnósticos e a história clínica da gestante (Brasil, 2021c).

Logo, os achados referentes aos testes não treponêmico destacaram prevalência, com 46,9% dos casos reagentes. Segundo o Guia de vigilância em saúde do MS, o teste pode ser classificado como qualitativo, indicando a presença ou ausência de anticorpos ou quantitativo, a partir de resultado expresso por um título numérico que representa a diluição máxima do soro do paciente, o qual finaliza-se com reação positiva ou negativa (Brasil, 2019). Esses testes são úteis não apenas para o diagnóstico da sífilis, mas também para monitorar a resposta ao tratamento ao longo do tempo (Brasil, 2019). Em ambas as situações é fundamental fornecer orientações da sífilis gestacional e conscientizar sobre o pré-natal adequado, promovendo saúde sexual e reprodutiva a todas as mulheres em idade fértil.

Por fim, em relação à medicação indicada para o tratamento da sífilis gestacional, prevaleceu as três doses da penicilina G benzatina de 2.400.000UI. Este tratamento é eficaz em casos cujo tempo sobressai a sífilis latente tardia, sífilis terciária ou em casos ignorados (Brasil, 2023a, 2023b). Em base comparativa sobre o tratamento

direcionado na sífilis gestacional, Macêdo *et al.* (2020) verificaram que, 69,4% das mulheres trataram a sífilis gestacional com a dose da penicilina benzatina para sífilis terciária. Os autores também identificaram desafios para o tratamento da sífilis durante a gravidez, evidenciando discrepâncias no acesso aos cuidados de saúde por parte de populações vulneráveis e as diversas limitações no atendimento pré-natal, que resultaram em atrasos no diagnóstico e, por conseguinte, na administração adequada do tratamento para a sífilis (Macêdo *et al.*, 2020).

Vale ressaltar a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis 2020-2021, a qual tem por objetivo revitalizar as iniciativas nas redes de cuidados de saúde, bem como a vigilância da sífilis no Brasil (Brasil, 2021b). De acordo com a Prefeitura de Cariacica/ES, a partir da Portaria/SEMUS/nº 004, de 26 de janeiro de 2022, o município regulamenta a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames por enfermeiros no âmbito dos programas e ações de atenção básica e também a prescrição do tratamento da sífilis conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2017), em nota técnica, um dos principais obstáculos encontrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) está ligado à administração da penicilina G benzatina. Isso se deve à preocupação dos profissionais de saúde com os possíveis eventos adversos, em particular as reações anafiláticas, e à escassez de meios apropriados para reverter essa situação.

Sobretudo, o enfermeiro é encorajado a concentrar-se em abordagens claras, diretas e respeitadas ao lidar com o público atendido. É responsabilidade do profissional aprimorar-se em suas habilidades na prestação dos cuidados e na tomada de decisões. Salienta-se que o investimento em pesquisa é um incentivo para a realização de estudos adicionais para investigar fatores de risco, determinantes sociais e epidemiológicos da sífilis no período gravídico, bem como avaliar a eficácia de intervenções preventivas e de controle em diferentes contextos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalmente, este trabalho lança luz sobre o contexto histórico e as nuances das Políticas Públicas em saúde desde o século XIX até os dias atuais. Ao abordarmos os marcos importantes no desenvolvimento dessas políticas, traçamos um panorama que nos permite compreender a evolução do pensamento e das abordagens relacionadas ao progresso da saúde pública no Brasil, incluindo o contexto histórico das políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher, as quais foram marcadas por avanços e transformações significativas, desde as revoluções reformistas até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas diversas iniciativas que moldaram a saúde pública no Brasil.

É importante ressaltar que, no século XIX, as políticas de saúde eram incipientes, com a instalação da primeira escola de medicina brasileira em 1808 e a divisão do país em províncias por volta de 1824. Nesse período, doenças como tuberculose e condições precárias de vida assolavam amplamente a população brasileira. A partir de 1940 surgiram modelos como o sanitarismo campanhista, focado em campanhas de combate a doenças específicas, e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), voltado para o controle de doenças endêmicas.

Nos anos seguintes surgiram programas como o Departamento Nacional da Criança (DNCR) e o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC) foram estabelecidos na década de 1980, visando atender às necessidades específicas de mulheres e crianças.

A implantação do SUS, em 1988, representou um marco na história da saúde pública no Brasil, garantindo acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde estabeleceram princípios como universalidade, equidade, integralidade e descentralização, moldando as bases do sistema de saúde brasileiro. A participação social e a hierarquização dos serviços são elementos essenciais para o funcionamento do sistema de saúde no país.

A partir dessa contextualização, adentramos em uma discussão crucial sobre a sífilis, uma doença sexualmente transmissível que tem afetado a humanidade ao longo dos anos. Globalmente reconhecida como um problema de saúde pública, a sífilis apresenta desafios significativos em termos de diagnóstico, tratamento e prevenção. Suas complicações podem ser graves, desde danos neurológicos até a morte, com a transmissão vertical durante a gravidez acarretando consequências devastadoras.

Apesar dos avanços médicos, ainda enfrentamos obstáculos no combate à sífilis, incluindo falta de acesso a serviços de saúde e estigma associado à doença. Superar esses desafios demanda esforços contínuos e colaborativos entre profissionais de saúde, pesquisadores, governantes e a sociedade em geral.

É imperativo uma abordagem abrangente da sífilis, que leve em consideração não apenas seus aspectos clínicos, mas também os sociais, culturais e econômicos que influenciam sua disseminação e tem impacto na comunidade.

Dessa forma, o presente estudo realizou uma pesquisa exploratória de natureza quantitativa onde foram analisadas notificações de sífilis em gestante referenciadas do setor epidemiológico da cidade de Cariacica/ES. Foi observado um padrão de frequência elevado entre gestantes negras e pardas, jovens, de baixa escolaridade, moradoras da zona urbana atendidas na unidade básica de saúde. O perfil clínico diagnosticado foi o de gestantes com idade gestacional no 1º trimestre de gravidez e no período de latência, momento em que a doença foi classificada, ambos os testes reagentes em treponêmico e não treponêmico, e indicadas a tratar com penicilina G benzatina 7.200.000UI, sobressaindo maior número de mulheres indicadas ao tratamento.

Além disso, foi observado um número excessivo de dados declarados como ignorados ao longo das respostas em notificação. O que pode levar a uma falha substancial entre as orientações da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e sua aplicação efetiva no âmbito local ao identificar mulheres gestante classificadas com sífilis na fase latente da doença.

Os resultados obtidos revelaram uma série de *insights* importantes sobre o impacto da sífilis em gestantes no contexto local, evidenciando-se a necessidade de abordagens específicas para esses grupos de risco.

Sendo assim, no contexto da saúde materno-infantil, a sífilis em gestantes representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, especialmente em regiões com condições socioeconômicas desfavoráveis.

Diante desses desafios, para garantir uma cura eficaz, é crucial a orientação dos profissionais em relação à abordagem e classificação clínica da sífilis na gestação. Podendo estes desafios/lacunas serem rompidos por meio de medidas educacionais e treinamento contínuo para os profissionais de saúde sobre os critérios de diagnóstico e classificação da sífilis durante a gravidez, abrangendo sinais e sintomas, testes laboratoriais e protocolos de tratamento.

Dentre as limitações encontradas, destaca-se a dificuldade em acessar informações quantitativas registradas na base de dados sobre populações específicas, como mulheres em situação de vulnerabilidade social e aspectos socioeconômicos e culturais. Também se destaca a incompletude das informações sobre os dados notificados, o que afeta no rastreamento do diagnóstico e tratamento frente à análise completa de sífilis na gestação.

Outro desafio enfrentado foi a ausência de correlação entre os dados coletados e os padrões inseridos em plataforma nacional, que pode ter ocorrido por uma limitação na interpretação dos resultados e variação na qualidade dos registros, limitando o controle adequado referente a doença analisada. Em virtude as observações referidas, espera-se que os resultados desta pesquisa forneçam uma base para melhorias no cenário materno-infantil, e venha a contribuir com a formulação de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, a fim de corroborar na redução do impacto da sífilis gestacional na saúde pública, considerando os princípios da Política Nacional de Atenção Obstétrica.

Espera-se que as conclusões e recomendações derivadas desta pesquisa sejam úteis para informar a tomada de decisões e promover a compreensão e avanços no ramo

do conhecimento na área estudada. Essas considerações nos conduzem a uma reflexão sobre a importância de políticas públicas locais eficazes e abordagens integradas para lidar com desafios de saúde tão prementes como a sífilis, destacando a necessidade de ações coordenadas e baseadas em evidências para alcançar resultados significativos e duradouros.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- AROUCA, S. **Democracia é saúde**. YouTube, 1986. Disponível em: Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Acesso em: 19 abr. 2023.
- BACKI, A. L. G.; PEREIRA, LCG.; LOCATELLI, C. Incidência de sífilis na gestação antes e durante a pandemia de COVID-19 no estado de Santa Catarina e sua relação com o IDH. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 15, pág. e248111537239, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37239. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37239>. Acesso em: 25 jan. 2024.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde Coletiva e Educação Física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física – Vol. 2**. Blumenau: Nova Letra, 2006. Disponível em: CAPA COMPLETA LIVRO 2 - EM CURVAS (saude.gov.br). Acesso em: 19 abr. 2023.
- BERTUSSO, T. *et al.* Características de gestantes com sífilis em um hospital universitário do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 2, p. 129-140, 14 dez. 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/59>. Acesso em: 28 jan. 2024.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 79–99, mar. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF, 30 out. 1975. Disponível em: L6259 (planalto.gov.br). Acesso em: 19 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional De Programas Especiais de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 10 a 13 de outubro de 1986**: Relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/CNSD_mulher_parte_I.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (saude.gov.br). Acesso em: 3 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher - Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007, Resumo das atividades realizadas em Brasília: 2003.** Disponível em:
[area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf](#). Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005.** Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. 2005a. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 19 jun.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. 2005b. Disponível em: Microsoft Word - Portaria 1067.doc (mpac.mp.br). Acessos em: 11 set. 2023.

BRASIL. **Sífilis: Estratégias para diagnóstico no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. 2011a. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011b. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acessos em: 07 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011**. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em: Atenção ao pré-natal de baixo risco (saude.gov.br). Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. ES. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS, nº 32/2017**. 2017a. Disponível em: Microsoft Word - ANÁLISE dados AIDS e SÍFILIS -CE SESA ES - BOLETIM N 32- agosto 2017a.doc (saude.es.gov.br). Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017-DCCI/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2017b. Disponível em: Nota_Informativa_Sifilis.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico]. – 3ª. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 740 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 70 p. 2021a. Disponível em: Manual técnico para o diagnóstico da sífilis — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (www.gov.br). Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 22 p. 2021b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis** 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 2021c. 68p. Disponível em: 040_un_paho_fluxograma_manejo_internet.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. **Indicadores de Inconsistências de Sífilis nos Municípios Brasileiros:** Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI SVS NOTAS: MS/SVSA/Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2022. 2022a. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde 224p, 2022b. Disponível em: [miolo_pcdt_tv_04_2022.indd](http://miolo.pcdt.tv_04_2022.indd) (saude.gov.br). Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS.** Orientação sobre a notificação, investigação e fluxo laboratorial de casos prováveis de hepatite aguda de etiologia desconhecida em crianças e adolescentes. 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/hepatites-agudas-graves-de-etilogia-a-esclarecer/publicacoes/nota-tecnica-no-13-2022-cgemsp-dsaste-svs-ms/view>. Acesso em: 9 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico Especial Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023, Número Especial, out. 2023 56p 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023>. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Técnica nº 14/2023** Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. 2023b. Brasília: MS, Disponível em: SEI_MS_-_0034352557_-_Nota_Técnica_penicilina.pdf. Acesso em: 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos de Sífilis nos Municípios Brasileiros.** MS/SVSA/DATHI. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2023; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos. 2023c. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/index.php>. Acesso em: 10 abr. 2024.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas:** o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,

2006, 318 p. Disponível em: *campos-9786557081006.pdf (scielo.org). Acesso em: 17 jun. 2023.

CARIACICA. **Tratamento contra a sífilis em todas as unidades de saúde de Cariacica**. 2020. Disponível em:

<https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68324/tratamento-contr-a-sifilis-em-tod-as-unidades-de-saude-de-cariacica>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CARIACICA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SEMUS nº 04, de 26 de janeiro de 2022**. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros para tratamento vinculado aos programas e ações de atenção básica. Diário Oficial do Município, Cariacica, ES, 27 jan. 2022. Disponível em:

<https://cariacica.legislacaocompilada.com.br/Arquivo/Documents/legislacao/image/PSEMUS0042022.pdf?identificador=30003A004C00>. Acesso em: 13 ago. 2024.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. Disponível em: *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século ...* - Sérgio Carrara - Google Livros. Acesso em: 12 abr. 2023.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>. Acesso em: 12 abr. 2023.

COELHO, I. T. B. **Universalidade, equidade e integralidade de direitos**: políticas públicas de saúde no Brasil do século XXI. 2011. 144 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/9578>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CONCEIÇÃO, H. N. DA; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde Em Debate**, v.43, n. 123, p. 1145–1158, 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Nota Técnica COFEN CTLN nº 03/2017**. Esclarecimento aos profissionais de enfermagem, sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente para o tratamento de sífilis adquirida e sífilis na gestação [...]. Disponível em: [NOTA-TÉCNICA-COFEN-CTLN-Nº-03-2017.pdf](#). Acesso em: 21 abr. 2024.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2000.

DORNELES, J. S. U. *et al.* O desafio da Sífilis Congênita no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 2244–2262, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-175>. Acesso em: 18 fev. 2023.

DAMASCENO, A. B. A. *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.l.], v. 13, n. 3, jul. 2014. Disponível em: Sífilis na gravidez | Damasceno | Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE) (uerj.br). Acesso em: 12 abr. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria do Estado da Saúde. **Portaria nº 001-R, de 02 de janeiro de 2020**. Instituir o Sistema de Informação em Saúde E-SUS VIGILÂNCIA EM SAÚDE (E-SUS VS) como único Sistema Oficial para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território do Espírito Santo. Disponível em: [diario_oficial_2020-01-03_completo-15-16.pdf](https://saude.es.gov.br/diario_oficial_2020-01-03_completo-15-16.pdf) (saude.es.gov.br). Acesso em: 03 mar. 2024.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 791–825, set. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FjGygQWgtwp3m7BKkD6ZnRr/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2023.

HERINGER, A. L. dos S. *et al.* Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.8>. Acesso em: 27 jan. 2024.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. **Mapas por município**. 2020. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/mapas/>. Acesso em: 12 de jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2022 - Universo - Indicadores: Cariacica 2022**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cariacica/pesquisa/10102/122229>. Acesso em: 11 abr. 2024.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00183415, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n8/e00183415>. Acesso em: 09 ago. 2023.

LAURET, B. *et al.* Caracterização epidemiológica da sífilis em gestantes e recém-nascidos em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 131–139, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28083>. Acesso em: 27 jan. 2024.

LEITE, C. C. de P. **Diretrizes para a atenção neonatal em maternidade de risco habitual**: produto de uma avaliação normativa. 2018. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Profissional) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná,

2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/58614>. Acesso em: 3 nov. 2023.

LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 229-243, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2002.v5n3/229-243/pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

MACÊDO, V. C. DE. et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 518–528, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MARTINS, R. de A. *et al.* **Contágio**: história da prevenção das doenças transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1997. [online]. Disponível em: <https://www.ghct.usp.br/Contagio/pag83.html>. Acesso em: 19 abr. 2023.

MARQUES, J. V. S. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1257>. Acesso em: 01 fev. 2024.

MELO, C. R. M. E. *et al.* Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE0310345, 2022. Disponível em: 10.37689/acta-ape/2022AO0310345. Acesso em: 3 nov. 2023.

MIRANDA, A. E. *et al.* Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. spe1, p. e2020611, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100019.esp1>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MORAIS, T. R. de *et al.* Interseccionalidades em Saúde: Predomínio de Sífilis Gestacional em Mulheres Negras e Pardas no Brasil. **ID on line - Revista de psicologia**, [S.l.], v. 13, n. 45, p. 670-679, maio 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1772>. Acesso em: 20 ago. 2022.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <paim-9788575413593.pdf> (scielo.org). Acesso em: 8 abr. 2023.

PAIM, J. **O que é o SUS**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em saúde collection. 148p. Disponível em: O que é o SUS - Google Books. Acesso em: 8 abr. 2023.

PEREIRA, T. S. O.; BARROS, M. N. dos S.; AUGUSTO, M. C. N. de A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acessos em: 08 ago. 2023.

PINTO, de B. U. *et al.* Gestantes em vulnerabilidade social em uma ocupação em um município do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 19, p. e10497, 28 jul. 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/10497>. Acesso em: 20 ago. 2022.

PONTES, M. M. Trova: o que é e onde surgiu? **Sociedade Artística Brasileira**, 25 de novembro de 2022. Disponível em: Trova-poema - SABRA - Sociedade Artística Brasileira. Acesso em: 20 abr. 2023.

PONTES, A. P. M. de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 500–507, jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300007>. Acesso em: 20 abr. 2023.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL – PROATER.
Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural – PROATER – 2020-2023: Cariacica/ES. Disponível em: <https://incaper.es.gov.br/media/incaper/proater/municipios/Cariacica.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

RAMOS, A. M. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9541, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e9541.2022>. Acesso em: 27 jan. 2024.

RAMCHANDANI, M. S.; CANNON, C. A.; MARRA, C. M. Syphilis: A Modern Resurgence. **Infect. Dis. Clin. North Am.**, v. 37, n. 2, p. 195-222, jun. 2023. Disponível em: 10.1016/j.idc.2023.02.006. Acesso em: 11 abr. 2024.

REBOUÇAS, E. S. *et al.* Caracterização e análise epidemiológica dos casos de sífilis gestacional no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 4, p. e12127, 14 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12127.2023>. Acesso em: 27 jan. 2024.

REGINATO, L. **Criação de um framework de acompanhamento e controle de dados de pacientes do sistema único de saúde (sus) utilizando a técnica blockchain.** 2021. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia da Computação) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <http://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/11596/Leonardo%20Reginato.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09/08/2023

REIS, J. R. F. Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitário desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo Social**, v. 27, p. 279-304, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015213>. Acesso em: 08 out. 2023.

RONCALLI, A. G. *et al.* Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 55,

2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/194362>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SANTOS NETO, E. T. dos *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107–119, abr. 2008. Disponível em: revista 17.2_10.pmd (scielo.br). Acesso em: 3 nov. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Boletim epidemiológico do HIV AIDS DST Sífilis** – nº 31 – 2016 – dados até dez. 2015. 28 nov. 2016. Atualizado em 03 mar. 2017. Tabela 16. Disponível em: BOLETIM EPIDEMIOLOGICO DO HIV AIDS DST SÍFILIS - Nº 31 - 2016 - DADOS ATÉ DEZ 2015 - 28 nov2016. Acesso em: 15 jul. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO - SESA. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS, nº 33/2018**. Disponível em: ANÁLISE DOS DADOS DA SÍFILIS NO ES - Boletim CE IST-AIDS Nº 33 - 2018.pdf (saude.es.gov.br). Acesso em: 20 abr. 2023.

SILVA, T. S.; GOMES, E. do N. F. O Perfil epidemiológico da sífilis no município de Vassouras-RJ: Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para promoção e prevenção da sífilis. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 1, p. 46-54, 2020. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2111>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SOUZA, E. M. de. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 5, p. 547–548, set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962005000600017>. Acesso em: 3 nov. 2023.

TORRES, P. M. A. **Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.22.2022.tde-18082022-110945>. Acesso em: 29 jan. 2024.

VIEIRA, E. M. *et al.* Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 25, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/25/pt/>. Acesso em: 09 ago. 2023.

WALTZ, M. B. *et al.* Sífilis gestacional segundo a idade das mães: ocorrências no município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2018. **JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 13, p. e03, 2021. DOI: 10.14295/jmphc.v13.1108. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1108>. Acesso em: 26 jan. 2024.

WORKOWSKI, K. A. *et al.* Sexually Transmitted Infections Treatment Guideline. **MMWR Recomm. Rep.**, v. 70, n. 4, p. 39-60, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE SIFILIS EM GESTANTE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SIFILIS EM GESTANTE		Nº
Definição de caso:				
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.				
Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.				
^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/podt .				
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.				
^b Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF		5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados Complementares do Caso				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica	1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal	38 Título	39 Data	
Tratamento/encerramento	40 Teste treponêmico no pré-natal	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado		
Ant. epidemiológicos da parceira sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado		
Ant. epidemiológicos da parceira sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo:		
	Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Nome		Função	Assinatura	
Sífilis em gestante		Sinan NET		SVS 29/09/2008

ANEXO B - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS EM GESTANTES ASSOCIADA À ADESÃO AO TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DE CARIACICA

Pesquisador: ALINE DOS SANTOS PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65022922.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.784.547

Apresentação do Projeto:

Será realizado o estudo transversal, com coleta de dados retrospectiva, das mulheres grávidas notificadas a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do e-SUS, obtidas no serviço de vigilância epidemiológica do município de Cariacica no período de 2017 a 2021. Este projeto de pesquisa tem como objetivo fornecer informações relacionadas a sífilis causada pelo *Treponema pallidum* evidenciado desde 1905,

caracterizada em sua progressão crônica e sistêmica por ter tratamento. Os fundamentos característicos sobre essa pesquisa baseiam-se em fundamento teórico a partir de dados publicados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação que demonstram números crescentes de gestantes com sífilis o que denota a notificação compulsória ser um fator contribuinte na detecção da doença. Previsto 2000 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar o perfil socioeconômico e demográfico em gestantes com o diagnóstico de sífilis e os fatores associados à falta de adesão ao tratamento no município de Cariacica/ES.

Objetivo Secundário:

a) Caracterizar o perfil de mulheres grávidas com diagnóstico de sífilis considerando os aspectos socioeconômicos, demográficos e clínicos; b) Descrever o tratamento realizado nas gestantes; c)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402


UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 5.784.547

Identificar a prevalência de adesão ao tratamento;c) Associar as condições socioeconômicas, demográficas e clínicas à falta de adesão do tratamento de sífilis em gestantes do município de Cariacica/ES;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a presente pesquisa terá risco mínimo conforme registros de informações de acordo com a notificação e compartilhamento de dados, entretanto a pesquisadora responsável está ciente quanto a responsabilidade de dados e garantirá o sigilo das informações coletadas, não identificando nominalmente as pacientes pesquisadas no âmbito da pesquisa.

Benefícios:

O presente estudo de pesquisa desperta a compreensão das políticas públicas que contribuíram até o presente momento na história do setor da saúde. Este projeto tem o objetivo de coletar dados e apresentar sugestões de melhorias futuras em relação ao enfrentamento de sífilis em gestantes no município de Cariacica. Paralelamente, compreender determinantes de uma doença local é essencial no desenvolvimento de metas e

ações a serem traçadas. Neste contexto, espera-se incentivar futuras pesquisas tendo em vista a relevância da análise estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível, tendo em vista o elevado número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita e os agravos potencialmente associados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência assinada pelo secretário de saúde de Cariacica

Folha de rosto assinada pelo coordenador do centro de pesquisas da EMESCAM

Os pesquisadores apresentam orçamento e cronograma


Os pesquisadores pedem dispensa do TCLE com a seguinte justificativa: trata-se de uma pesquisa com coletas retrospectivas de dados registrados no setor da vigilância epidemiológica-SEMUS, não sendo possível contato com as gestantes.

Recomendações:

Não há

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.784.547

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2019248.pdf	10/11/2022 09:44:26		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEMUS.pdf	10/11/2022 09:42:43	ALINE DOS SANTOS PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	04/11/2022 10:04:10	ALINE DOS SANTOS PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_ros.pdf	04/11/2022 10:02:40	ALINE DOS SANTOS PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 29 de Novembro de 2022

**Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))**

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÃO (SEMUS)

3. TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARIACICA – ES

À Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica - ES

No presente Termo, os pesquisadores envolvidos no Projeto **"SÍFILIS EM GESTANTES ASSOCIADA À ADESÃO AO TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DE CARIACICA"** com Projeto de Pesquisa em anexo, se comprometem a manter sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a que poderão ter acesso na "Vigilância Epidemiológica".

São partes do compromisso:

- 1) Zelar pela privacidade do conteúdo acessado, preservando os indivíduos citados nas bases de dados disponíveis;
- 2) Utilizar os dados disponíveis exclusivamente para as finalidades constantes no projeto;
- 3) Não permitir, por nenhum motivo, que pessoas ou instituições não autorizadas pela SEMUS tenham acesso aos dados ou indivíduos;
- 4) Vetar a divulgação - por qualquer meio de comunicação - de dados ou informações que identifiquem os sujeitos de pesquisa e outras variáveis das bases de dados que permitam a identificação dos indivíduos, e
- 5) Não praticar e não permitir qualquer ação que comprometa a integridade dos indivíduos ou das bases de dados disponíveis.

Os pesquisadores, aqui representados pelo responsável (*Aline Dos Santos Pinheiro*) assumem total responsabilidade pelas conseqüências legais advindas da utilização inadequada dos dados obtidos e pelo desvirtuamento da finalidade prevista no seu Projeto de Pesquisa.

Cariacica 14/09/2022



Assinatura do Pesquisador responsável ou Orientador