



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

CLEONÚSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS

PROJETO SÍFILIS NÃO: EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO

Recife
2022

CLEONÚSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS

PROJETO SÍFILIS NÃO: EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde

Orientador (a): Prof^a Dr^a Roberta de Moraes Rocha

Recife
2022

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

V331p	Vasconcelos, Cleonúcia Batista Leite de Projeto sífilis não: efeitos na sífilis congênita em Pernambuco / Cleonúcia Batista Leite de Vasconcelos. - 2022. 111 folhas: il. 30 cm. Orientadora: Prof.^a Dra. Roberta de Moraes Rocha. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022. Inclui referências, apêndices e anexos. 1. Sífilis congênita, hereditária e infantil. 2. Política de saúde. 3. Qualidade da assistência à saúde. I. Rocha, Roberta de Moraes (Orientadora). II. Título. 330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2022 – 041)
-------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

Cleonúsia Batista Leite de Vasconcelos

TÍTULO DO TRABALHO:

“PROJETO SÍFILIS NÃO: EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 23/02/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Adriano Bueno Tavares (Examinador Externo)
Escola Superior em Ciências em Saúde

Prof.^a Dr.^a Merciene Mendes Rodrigues (Examinadora Externa)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ao meu esposo Stenberg por acreditar na minha capacidade até mais do que eu mesma e sempre impulsionar e apoiar meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas filhas Ana Carolina, Gabriela e Maria Clara, que são a razão da minha escolha em continuar na luta pela saúde das mulheres.

Aos meus pais que formaram meu caráter, meu ser responsável e compromisso com as tarefas a serem cumpridas baseado sempre no respeito ao próximo,

Dedico

AGRADECIMENTOS

Gratidão imensa à toda a minha família pela paciência e compreensão por todos os momentos que me fiz ausente para cumprir esta jornada.

Agradeço à Adriana Paula da Silva por acender minha lanterna de alerta para a urgência em saúde pública que é a sífilis na assistência materna e infantil e por ser meu apoio nesta luta por um bom tempo.

Agradeço à minha colega de trabalho e mestrado Roberta Rhayssa por me incentivar na realização de um mestrado e a todos os colegas de turma do mestrado pelo apoio a qualquer dia e hora, sempre repassando e dividindo conhecimentos.

Agradeço à minha orientadora Roberta Rocha pelos conselhos e direcionamentos nesta empreitada.

“Poucas doenças possuem história similar à da sífilis. Poucas doenças possuem os mistérios da sífilis” (PASSOS, 2021).

RESUMO

Em pleno século XXI, a sífilis ainda se apresenta como um agravo mundial sem controle, com maiores taxas de incidência em localidades mais pobres. A doença é transmitida sexualmente causando maiores danos às gestantes e seus conceptos. O Brasil enfrenta uma reemergência da doença e o estado de Pernambuco possui taxa de incidência acima da média do país. A dissertação analisa a implantação do projeto “Sífilis Não” no estado de Pernambuco e o efeito na taxa de incidência de sífilis congênita após um ano. O projeto tem como objetivo reduzir a sífilis adquirida e em gestante e eliminar a sífilis congênita promovendo ações conjuntas entre as áreas de vigilância e atenção em saúde. Adicionalmente, foi feita exploração espacial da sífilis em todo o Estado, de 2010 a 2019, que identificou tendência de crescimento com interiorização da doença. Foram encontradas incidências mais elevadas nas Macrorregiões Metropolitana, Agreste e Sertão. Existia uma maior detecção da sífilis congênita que em gestantes, que só reverteu a partir do ano de 2018. A autocorrelação espacial identificou 29 municípios críticos na incidência de sífilis, sendo 27 deles na Macrorregião Metropolitana e dois no Agreste. O projeto foi considerado implantado nos municípios. A redução na taxa de incidência da sífilis congênita à curto prazo, foi observada em: Olinda (41%), São Lourenço da Mata (6,8%) e Igarassu (63,2%). O restante teve um aumento: Recife (159,2%), Jaboatão (3,8%), Cabo (14,0%) e Camaragibe (31,5%). Não foi possível correlacionar os efeitos das ações realizadas com os resultados diretos a curto prazo na redução da sífilis congênita. No perfil das genitoras das crianças com sífilis congênita predominou a faixa etária entre 20 e 29 anos, ensino fundamental incompleto, raça parda, pré-natal realizado, diagnóstico tardio da doença e tratamento inadequado. Dos desafios na implantação do projeto se destacaram as falhas nas ações de cuidado integral, em especial no pré-natal, reiterando a necessidade de determinação coletiva em ampliar esforços na garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento oportunos. Estudos futuros são necessários para melhor identificação das limitações dos serviços de saúde no manejo e controle da sífilis.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Política de Saúde; Avaliação em Saúde; Análise Espacial; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

In the 21st century, syphilis still presents itself as a worldwide disease without control, with higher incidence rates in poorer locations. The disease is sexually transmitted causing greater damage to pregnant women and their fetuses. Brazil is facing a re-emergence of the disease, and the state of Pernambuco has an incidence rate above the country's average. The dissertation analyzes the implementation of the "Syphilis No" project in the state of Pernambuco and the effect on the incidence rate of congenital syphilis after one year. The project aims to reduce acquired and pregnant syphilis and eliminate congenital syphilis by promoting joint actions between the areas of surveillance and health care. Additionally, a spatial exploration of syphilis was carried out throughout the State, from 2010 to 2019, which identified a growth trend with internalization of the disease. Higher incidences were found in the Metropolitan, Agreste and Sertão Macroregions. There was a greater detection of congenital syphilis than in pregnant women, which only reversed from the year 2018. Spatial autocorrelation identified 29 critical municipalities in the incidence of syphilis, 27 of them in the Macroregion Metropolitan and two in the Agreste. The project was considered implemented in the municipalities. The reduction in the incidence rate of congenital syphilis in the short term was observed in: Olinda (41%), São Lourenço da Mata (6.8%) and Igarassu (63.2%). The rest had an increase: Recife (159.2%), Jaboatão (3.8%), Cabo (14.0%) and Camaragibe (31.5%). It was not possible to correlate the effects of the actions taken with the direct short-term results in the reduction of congenital syphilis. In the profile of the mothers of children with congenital syphilis, the predominant age group was between 20 and 29 years old, incomplete elementary school, brown race, with prenatal care, late diagnosis of the disease and inadequate treatment. Of the challenges in implementing the project, failures in comprehensive care actions, especially in prenatal care, were highlighted, reiterating the need for a collective determination to expand efforts to ensure access to timely diagnosis and treatment. Future studies are needed to better identify the limitations of health services in the management and control of syphilis.

Keywords: Syphilis, Congenital; Health Policy; Health Evaluation; Spatial Analysis; Quality of Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Taxa de detecção de sífilis congênita por 1.000 NV, segundo ano de diagnóstico. Brasil, Nordeste e Pernambuco, 2010 a 2017	16
Gráfico 2 –	Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100.000 habitantes, taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 NV e taxa de incidência de SC por 1.000 NV, segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2010 a 2019	45
Gráfico 3 –	Taxas de sífilis na gestação X taxa de sífilis congênita nos anos de 2017 e 2019	66
Figura 1 –	Regiões de Saúde do estado de Pernambuco	30
Figura 2 –	Referências básicas para a descrição do problema e construção do modelo lógico	33
Figura 3 –	Distribuição espacial das taxas de incidência da sífilis adquirida em Pernambuco nos anos de 2010 a 2019	46
Figura 4 –	Distribuição espacial das taxas de incidência da sífilis em gestante em Pernambuco nos anos de 2010 a 2019	47
Figura 5 –	Distribuição espacial das taxas de incidência da sífilis congênita em Pernambuco nos anos de 2010 a 2019	48
Figura 6 –	Autocorrelação de taxa de incidência da sífilis adquirida em Pernambuco	52
Figura 7 –	Autocorrelação de taxa de incidência da sífilis em gestante em Pernambuco	53
Figura 8 –	Autocorrelação de taxa de incidência da sífilis congênita em Pernambuco	53
Figura 9 –	Autocorrelação bivariada de Sífilis em gestantes X Sífilis congênita	54
Diagrama 1 -	Evolução da autocorrelação da sífilis adquirida em Pernambuco, 2017-2019	50
Diagrama 2 -	Evolução da autocorrelação da sífilis em gestante em Pernambuco, 2017-2019	50
Diagrama 3 -	Evolução da autocorrelação da sífilis congênita em	50

Pernambuco, 2017-2019

Diagrama 4 -	Evolução da autocorrelação bivariada da sífilis em gestante X sífilis congênita em Pernambuco, 2017-2019	51
--------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Eixos e Ações vinculados ao desenho estratégico do projeto “Sífilis Não”	24
Quadro 2 – Linhas de Ação vinculadas à operacionalização do projeto “Sífilis Não”	25
Quadro 3 – Resultados esperados do projeto “Sífilis Não”	26
Quadro 4 – Modelo lógico simplificado.....	34
Quadro 5 – Matriz avaliativa do grau de implantação do projeto “Sífilis Não”	36
Quadro 6 – Desafios identificados durante a implementação do projeto no município	61
Quadro 7 – Desafios identificados no tratamento da sífilis durante a implementação do projeto no município	62
Quadro 8 – Áreas técnicas que colaboraram durante a implementação do projeto no município	62
Quadro 9 – Setores estratégicos que apoiaram a implementação do projeto no município	63
Quadro 10 – Problemas identificados na qualificação da informação durante a implementação do projeto no município	64

LISTA DE TABELAS

Tabela1 –	Dados demográficos dos municípios pernambucanos contemplados com o projeto “Sífilis Não”	31
Tabela 2 –	Municípios prioritários para o enfrentamento da sífilis em Pernambuco no ano de 2019	55
Tabela 3 –	Grau de implantação do projeto “Sífilis Não” nos municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Camaragibe e Igarassu.....	56
Tabela 4 –	Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 NV, segundo ano de diagnóstico. Municípios do projeto “Sífilis Não” em Pernambuco, 2010 a 2019.....	65
Tabela 5 –	Número absoluto de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita 2017 a 2019.....	67
Tabela 6 –	Perfil sociodemográfico das mães de crianças notificadas para sífilis congênita nos municípios prioritários do projeto “Sífilis Não” em 2019	68
Tabela 7 –	Assistência pré-natal, diagnóstico e tratamento das mães de crianças notificadas para sífilis congênita, e ocorrência de óbito por sífilis congênita nos municípios de Recife, Jaboatão, Olinda e Cabo nos anos de 2017 e 2019	69
Tabela 8 –	Assistência pré-natal, diagnóstico e tratamento das mães de crianças notificadas para sífilis congênita, e ocorrência de óbito por sífilis congênita nos municípios de São Lourenço da Mata, Camaragibe, Igarassu e Petrolina nos anos de 2017 e 2019.....	69
Tabela 9 –	Testes Rápidos para sífilis realizados nos municípios do projeto “Sífilis Não” X percentual de detecção de casos de sífilis adquirida e sífilis em gestantes, 2017-2019	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
ESF	Estratégia Saúde da Família
Funpec	Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura
HAB.	Habitantes
HIV	<i>Human immunodeficiency vírus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGM	Índice Global de Moran
ISTs	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbica, gay, transexual e transgênero, queer, intersexo, assexual e todas as diversas possibilidades de orientação sexual e identificação de gênero que existam
LISA	Local Indicator for Spacial Autocorrelation
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SA	Sífilis Adquirida
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis em Gestante
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TNT	Teste não treponêmico
TR	Teste rápido
TT	Teste treponêmico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	GERAL	19
2.2	ESPECÍFICOS	19
3	REVISÃO NA LITERATURA.....	20
3.1	A SÍFILIS	20
3.2	DESAFIOS	22
3.3	PROJETO SÍFILIS NÃO	23
3.4	EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS	26
4	MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1	DESENHO DO ESTUDO	29
4.2	LOCAL DE ESTUDO	29
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS ESPACIAIS	31
4.5	MODELO LÓGICO	32
4.6	MATRIZ AVALIATIVA.....	34
4.7	COLETA DE DADOS.....	42
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
5	RESULTADOS	44
5.1	ANÁLISE EXPLORATÓRIA ESPACIAL E TEMPORAL DA EVOLUÇÃO DA SÍFILIS EM PERNAMBUCO	44
5.2	AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	55
5.3	DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO	59
5.4	EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA	64
6	DISCUSSÃO	71
7	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A QUESTIONÁRIO	85
	ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são consideradas o maior problema de saúde pública no mundo. Causam séria morbidade e mortalidade afetando a qualidade de vida das pessoas. A Assembleia Mundial de Saúde adotou a estratégia 2016-2021 para a expansão de intervenções baseadas em evidências e diminuição do impacto das ISTs como problema de saúde pública até 2030. Diante disto, recomendou levantamento de incidências globais até 2018 definindo metas para a sua redução. A eliminação da sífilis congênita (SC) através da prevenção da transmissão da sífilis da mãe para o filho é o componente integral da compreensão que os serviços de saúde devem ter para atingir as metas do Desenvolvimento do Milênio (WHO, 2008; 2016a; 2016b; BRASIL, 2021).

A sífilis é uma IST curável e exclusiva do ser humano, que embora tenha seu diagnóstico e tratamento descobertos há décadas, se mantém como problema mundial afetando pessoas sexualmente ativas de todas as classes sociais. Quando não tratada pode evoluir para formas graves e cuidados especiais devem ser direcionados às mulheres em idade reprodutiva. Grávidas infectadas pela sífilis, sem diagnóstico e tratamento oportuno podem transmitir a infecção ao feto, podendo causar aborto, óbito fetal e morte neonatal ou o nascimento de crianças com SC. O Brasil, assim como outros países, enfrenta uma reemergência da doença com alarmante aumento de incidência e os profissionais de saúde devem estar preparados para o diagnóstico e controle da doença (BRASIL, 2020).

O uso da penicilina desde 1943 para o tratamento da sífilis causou declínio da doença, mas a mesma ressurgiu desde os anos 80, possivelmente relacionado com as mudanças dos comportamentos sexuais e o uso indiscriminado de drogas ilícitas (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A estratégia Rede Cegonha lançada em 24 de junho de 2011 através da portaria 1.459 preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, visando implantar uma rede de cuidados. O programa visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2006; TOMASI *et al.*, 2017).

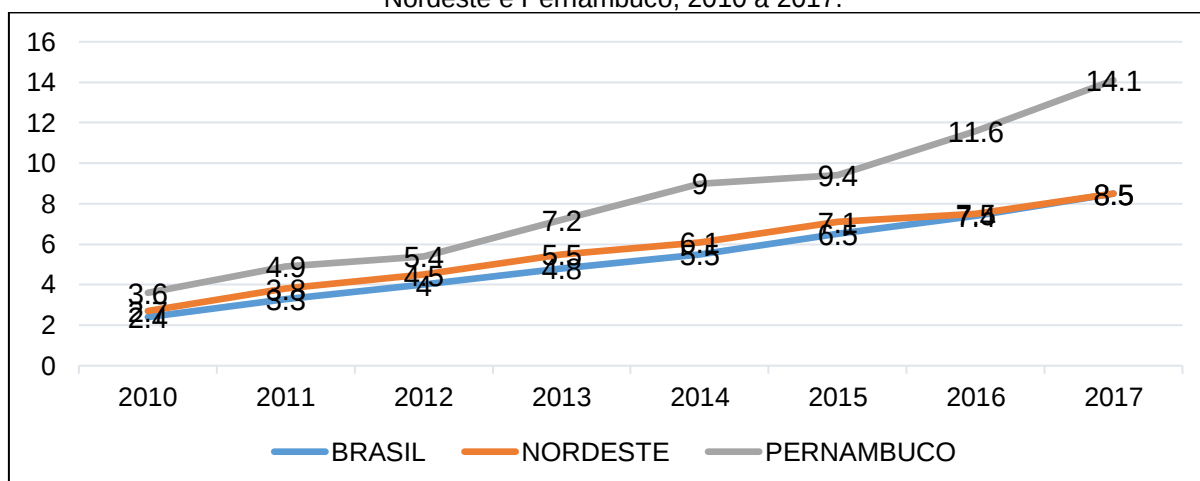
Os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mostram o evidente crescimento das taxas de incidência de sífilis no Brasil. Do ano de 2010 para 2017, a taxa de incidência de sífilis adquirida (SA) passou de 2,1 por 100.000 habitantes (hab.) para 58,8/100.000 hab. A taxa de detecção de sífilis em gestante (SG) passou de 3,5 por 1.000 Nascidos Vivos (NV) para 17/1.000 NV e a de SC passou de 2,4/1.000 NV para 8,5/1.000 NV (BRASIL, 2021).

No Nordeste foi observado nos anos de 2010 a 2017, um aumento da taxa de SA de 0,7 para 27,1/100.000 hab., incremento da taxa de SG de 2,8 para 11,3/1.000 NV e aumento de SC de 2,7 para 8,5/1.000 NV (BRASIL, 2021).

Em Pernambuco foi observado nos anos de 2010 a 2017, um aumento de 0,3 para 33,4/100.000 hab. da taxa de SA, incremento de 2,7 para 12,2/1.000 NV da taxa de SG e aumento de 3,6 para 14,1/1.000 NV de SC, acima das taxas da região Nordeste e do país (BRASIL, 2021).

No estado de Pernambuco a incidência de sífilis apresentada não é uniforme, com importantes variações entre os municípios. Apesar das estratégias apresentadas no Plano de Enfrentamento, Prevenção e Controle da Sífilis em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2015), o Estado ainda apresenta curva crescente de incidência de SC. O gráfico 1 compara as curvas de crescimento da taxa de detecção de sífilis congênita nacional, regional e estadual.

Gráfico 1 – Taxa de detecção de sífilis congênita por 1.000 NV, segundo ano de diagnóstico. Brasil, Nordeste e Pernambuco, 2010 a 2017.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Boletim epidemiológico de sífilis 2021.

A ocorrência da SC é considerada como evento sentinela e preditor da qualidade do pré-natal. A SC revela as precárias condições da assistência materna e

infantil, assim como fragilidades na assistência da Atenção Primária à saúde (APS). Medidas de melhorias devem ser propostas baseadas na investigação retrospectiva sobre a assistência prestada dos casos (DOMINGUES *et al.*, 2013; BEZERRA *et al.*, 2019).

No ano de 2015 houve um desabastecimento global de penicilinas em decorrência da falta da matéria-prima específica para a sua produção no mercado e o Ministério da Saúde (MS) recomendou a restrição do uso da penicilina benzatina apenas para gestantes com sífilis e da penicilina cristalina apenas para crianças com SC (BRASIL, 2015). Fato esse que, dentre outros problemas já enfrentados, contribuiu fortemente no aumento abrupto das taxas de incidência de sífilis.

No ano de 2016 o MS declarou epidemia de sífilis no Brasil e a partir desta constatação, foram promovidas diversas ações em saúde pública para o enfrentamento do agravo (NETO *et al.*, 2019).

Em 24 de fevereiro de 2016 a Comissão Intergestores Tripartite, por meio da resolução Nº 08, apresentou a Pactuação Interfederativa 2017-2021 e os indicadores nacionais relacionados a prioridades nacionais em saúde. Dentre eles, se encontra o indicador nº 8 – Números de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Este indicador expressa a qualidade do pré-natal, já que o tratamento da gestante reduz a possibilidade da transmissão vertical da sífilis, e deve ser monitorado anualmente através do Sinan (CONASS, 2016).

Num esforço governamental para combater a sífilis, foi sancionada a Lei 13.430 em 2017, que instituiu o terceiro sábado de outubro como o Dia Nacional de Combate à Sífilis (BRASIL, 2017a). Neste mesmo ano, diante da dimensão do problema a ser enfrentado, o MS convidou gestores municipais e estaduais a aderirem à estratégia nacional “Resposta Rápida ao Enfrentamento da Sífilis nas Redes de Atenção”. Uma estratégia que propõe diminuir a fragmentação dos processos e técnicas que orientam o confronto ao agravo, desenvolvendo a competência de resposta assistencial e gerencial dos serviços (LUCAS *et al.*, 2019; CARNEIRO; DOS SANTOS, 2020; VALENTIM *et al.*, 2021a; 2021b; 2022c).

O projeto recebeu o nome fantasia de “Sífilis Não” e construiu uma rede de apoio institucional ao enfrentamento da sífilis, sendo designados apoiadores territoriais de pesquisa e intervenção responsáveis por um, alguns por mais de um, municípios prioritários. Os apoiadores buscavam reconhecer e fortalecer ações programadas e voltadas ao controle da sífilis a partir de quatro eixos de atuação:

vigilância em saúde, gestão e governança, assistência/cuidado integral e educomunicação. Cada eixo com proposições de ações a serem desenvolvidas para o enfrentamento da sífilis, respeitando as singularidades dos contextos locais (LUCAS *et al.*, 2019; DOS SANTOS PEREIRA; CADAXA; PAZ, 2019; VALENTIM, 2019; CARNEIRO; DOS SANTOS, 2020).

Foram elencados 100 municípios-chave relacionados num ranking de prioridade baseado na taxa de incidência de SC em menores de um ano e a taxa de mortalidade perinatal, dos quais 72 receberam apoiadores territoriais do MS. No estado de Pernambuco foram selecionados os municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Igarassu, São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Petrolina, estando eles respectivamente em 2º, 37º, 51º, 58º, 65º, 67º, 69º e 99º lugares no ranking nacional de prioridade estabelecido pelo projeto (ANEXO A). Apesar de elencado, o município de Petrolina não foi contemplado com um apoiador territorial do MS para implantação do projeto.

O presente estudo pretende analisar o grau de implantação do projeto “Sífilis Não” no universo dos sete municípios pernambucanos contemplados com o apoiador territorial do MS e considerar seu efeito a curto prazo, antes (2017) e após um ano da implementação (2019), nas taxas da SC. O período da análise se justifica pela disponibilidade e qualidade dos dados, uma vez que a partir do ano de 2020 houve um comprometimento das notificações das doenças em decorrência da pandemia COVID-19. Além disso, dado a limitação dos dados após a implantação do projeto, escolheu-se trabalhar com a SC porque acredita-se que em decorrência do período de gestação (9 meses), em um ano seria possível detectar o efeito do projeto na sua incidência.

O trabalho se desenvolve em sete seções na seguinte ordem sequencial: introdução, objetivos, revisão na literatura, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão.

2 OBJETIVOS

A pesquisa apresenta uma análise espacial e temporal da evolução da sífilis no estado de Pernambuco, com destaque para a sífilis SC e os efeitos da implantação do Projeto Interfederativo resposta Rápida à sífilis nas Redes de Atenção nos municípios contemplados.

2.1 GERAL

Analisar o grau de implantação do Projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção nos municípios pernambucanos contemplados e relacionar o grau de implantação à taxa de incidência da SC, indicador de desempenho do projeto a curto prazo (após um ano de implantação).

2.2 ESPECÍFICOS

- Apresentar o cenário da evolução da sífilis nos municípios de Pernambuco, através de uma análise exploratória e geográfica, identificando municípios prioritários;
- Definir um Modelo Lógico e uma Matriz de Análise de Julgamentos;
- Mensurar o grau de implantação do projeto nos municípios pernambucanos contemplados;
- Analisar os efeitos nas taxas de SC a curto prazo, antes (2017) e um ano após (2019) da implantação do Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção nos municípios pernambucanos contemplados.

3 REVISÃO NA LITERATURA

3.1 A SÍFILIS

O nome sífilis surgiu em 1530 por Girolamo Fracastoro de Verona, originário do poema *Syphilis Sive Morbus Gallicus*. Em 1905 Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman demonstraram a presença de espiroquetas em fluidos de lesões de pacientes com sífilis secundária. Eles denominaram de *Spirochaetta pallida* e mais tarde de *Treponema pallidum*. Em 1907, August Von Wasserman desenvolveu o primeiro teste sorológico – Teste de Wasserman, para detecção da sífilis. A penicilina foi descoberta em 1928 por Alexander Fleming e está disponível como fármaco desde 1941 (MAGALHÃES *et al.*, 2011; PASSOS *et al.*, 2021).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, *Treponema pallidum*, que pertence à família *treponemataceae*. A via sexual é sua principal forma de transmissão e o contato com as lesões sifilíticas genitais é responsável por 95% dos casos, mas também pode acontecer a transmissão vertical da mãe para o feto na gestação via placentária ou durante o parto, caso a mãe tenha lesões primárias sifilíticas na genitália (BEZERRA *et al.*, 2019).

A infecção pela sífilis não confere imunidade protetora, podendo o indivíduo adquirir sífilis sempre que se expor novamente ao *T. pallidum*, o que justifica um rastreio mais frequente durante a gestação (BRASIL, 2019a). A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e não percebem ou valorizam os sinais e sintomas, e podem transmitir a infecção às suas parcerias sexuais (BRASIL, 2020).

A confirmação diagnóstica da sífilis se dá pelo teste treponêmico (TT), que é o primeiro a ficar reagente e, em 85% dos casos, se mantém reagente por toda a vida não devendo ser utilizados em controle de cura. Os Testes Rápidos (TR) de sífilis são testes treponêmicos distribuídos pelo MS, práticos e de fácil execução. Se o resultado for positivo (reagente), uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial não treponêmico (TNT) para confirmação do diagnóstico da doença ativa e que também servirá para monitoramento posterior ao tratamento. O monitoramento de controle e cura na sífilis em gestante deve ser realizado mensalmente com o TNT até o parto (MAGALHÃES *et al.*, 2011; WHO, 2017; BRASIL, 2020).

Os TR são utilizados no Brasil desde 2005 como uma importante ferramenta para ampliação do acesso ao diagnóstico e em 2012, foram implementados como política de saúde pública, com a descentralização para todas as unidades básicas de saúde (UBS), sobretudo no atendimento pré-natal (NETO *et al.*, 2019).

A Plataforma de Capacitação à Distância do MS – TELELAB, é um programa de educação permanente que oferta o curso de diagnóstico de sífilis. Ela tem como objetivo padronizar as condutas e melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial em todo o país (NETO *et al.*, 2019; BRASIL, 2020).

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para tratamento da sífilis, sendo na gestação, a única terapia segura e eficaz comprovada com capacidade de tratar o feto. O tratamento da gestante deve ser iniciado o mais rápido possível de acordo com o estágio clínico da sífilis. Além de ser de baixo custo, até o momento não foram relatados casos de resistência à droga no Brasil (GALVÃO, 2013; BRASIL, 2019a; 2020).

Para garantir o abastecimento da medicação para o tratamento da sífilis, a Portaria Nº 1.897, de 26 de julho de 2017, estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2017 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disto, passaram a ser de responsabilidade do MS de aquisição centralizada e distribuição da penicilina benzatina 1.200.000 UI e da penicilina cristalina/potássica 5.000.000 UI para tratamento da sífilis (BRASIL, 2018a).

A notificação compulsória de SC foi estabelecida em todo o território nacional por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de SA, através da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria de Consolidação nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2021).

A Nota Informativa Nº 2/2017-SEI-DIAHV/SDS/MS de 13 de outubro de 2017 alterou os critérios de definição de casos para notificação de SA, SG e SC. Até esta data só eram notificadas como SG as diagnosticadas no pré-natal, e a partir de então são notificados todos os casos diagnosticados no pré-natal, parto e/ou puerpério (BRASIL, 2017b).

3.2 DESAFIOS

Os desafios atuais dos programas de ISTs são prevenir novas infecções, aprimorar a qualidade da prevenção e cuidar de indivíduos que já estão infectados. Os programas concentram seus esforços na mudança de comportamento, responsabilidade individual e distribuição de insumos de prevenção e mesmo assim falham em alcançar os grupos vulneráveis que mais precisam deles (CRUZ; SANTOS; MONTEIRO, 2007).

A prevenção da SC é realizada com o tratamento adequado da mãe na gestação e, portanto, faz-se necessário um rastreio adequado. Pré-natais de baixa qualidade associados aos fatores de risco e comportamentos sociais das gestantes, cooperam para a manutenção dos altos números de casos de SC (BENEDETTI *et al.*, 2019).

A falta de tratamento do parceiro é considerada uma das principais causas de reinfecção das pacientes. A assistência pré-natal não tem apresentado o número mínimo de consultas preconizadas e requer avaliação da qualidade do seu conteúdo. Necessita-se de uma postura ativa dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) referente à captação de gestantes e parcerias, busca ativa, notificação compulsória e acompanhamento sorológico que comprove a cura da doença. Todas estas condutas são necessárias para mudar a realidade e colaborar para o controle da incidência de sífilis (FIGUEIREDO *et al.*, 2015; VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Há muito pouco conhecimento sobre a doença pela população, decorrente dos seus percursos pelos serviços de saúde e quando na ocorrência inaceitável da SC causa dor e sofrimento. A situação de pobreza e a baixa escolaridade são fatores que influenciam na percepção das mulheres sobre a ocorrência de sífilis (SILVA *et al.*, 2010).

Indivíduos de alto risco para contrair ISTs não se sentem encorajados a procurar serviços de referência para saúde sexual por se sentirem estigmatizados, desencorajando-os à triagem de rotina. A sífilis tem se mostrado um estorvo que exige uma maior busca epidemiológica, aumentar a triagem, integração de programas de sífilis e HIV (*Human immunodeficiency vírus* – vírus da

imunodeficiência humana), ampliar parcerias, intervenções comportamentais mais eficazes e comprometimento multissetorial (TUCKER; COHEN, 2011).

Entre as múltiplas causas da ineficiência em eliminar a transmissão vertical da sífilis está a insegurança dos profissionais da APS que não se sentem confortáveis em administrar a injeção de penicilina preocupados com uma possível reação anafilática. Enquanto especulações sobre os danos da penicilina são frequentes, existem inúmeras revisões sistemáticas que evidenciam ausência de reações adversas do tratamento na gestação. Estas evidências devem trazer mais objetividade nas decisões clínicas (GALVÃO, 2013).

Considerando que atenção e gestão são indissociáveis, a estratégia de apoio institucional facilita estratégias de planejamento que integrem gestão e trabalhador. É uma maneira de fazer com que atores desenvolvam tecnologias não simplesmente indicando protocolos e manuais, mas através problematização do cotidiano que permita a construção conjunta de alternativas que facilitem a prática nos serviços. O apoio institucional oferece recursos metodológicos na perspectiva de qualificar as intervenções, melhorando as respostas dos serviços de saúde e incentiva a busca da efetividade com corresponsabilidade intersetorial (CAMPOS *et al.*, 2014; PAIXÃO & TAVARES, 2014).

3.3 PROJETO SÍFILIS NÃO

Da articulação entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e o MS surgiu uma estratégia inovadora denominada “Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção”. O projeto recebeu o nome fantasia de “Sífilis Não” e foi concretizado pela Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura (Funpec). Uma estratégia nacional de cooperação técnica que envolve o MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Secretaria de Educação à Distância, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Esta estratégia busca superar a fragmentação no âmbito da gestão e da atenção à saúde e tem como objetivo geral reduzir a SA e em gestantes e eliminar a SC. Seus objetivos específicos são: a) fortalecer a vigilância epidemiológica da SA, SG e da SC; b) constituir uma resposta integrada e colaborativa à sífilis, que articule os pontos de atenção à saúde numa relação interfederativa; c) articular os setores

sociais e comunidades para fortalecer a resposta rápida à sífilis; e d) fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção básica (VALENTIN, 2017; 2019; UFRN, 2020; LUCAS *et al.*, 2019; CARNEIRO; DOS SANTOS, 2020; VALENTIM *et al.*, 2021a; 2021b; 2022c).

O projeto “Sífilis Não” se trata de uma estratégia que promove ações conjuntas, integradas e colaborativas entre as áreas de vigilância e atenção em saúde no território, estruturadas em quatro eixos de cooperação apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Eixos e Ações vinculados ao desenho estratégico do projeto “Sífilis Não”.

Eixos	Ações
Vigilância	- Fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas para vigilância em saúde; - Qualificação das informações epidemiológicas, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e fechamento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.
Gestão e Governança	- Fortalecimento da integração e interdependência dos gestores estaduais e municipais participantes do projeto com as instâncias de homologação e deliberação em seu território; - Fortalecimento de ações intersetoriais no território; - Fortalecimento da gestão e governança colaborativa para operacionalização de uma resposta rápida à sífilis; - Instalação de uma sala de situação nacional que contenha informações voltadas para a tomada de decisão e o fortalecimento da gestão e da prática profissional, incluindo a geração de conhecimento no campo de resposta rápida à sífilis e o monitoramento do desenvolvimento do projeto.
Assistência/ Cuidado Integral	- Operacionalização da linha de cuidado da sífilis adquirida, da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita em seus diferentes níveis de complexidade nas redes de atenção, incluindo os pontos de prevenção e de intervenção direcionados à populações-chave; - Aumento da cobertura de diagnóstico; - Aumento da cobertura de tratamento; - Ampliação e implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos estados, municípios e/ou regiões de saúde, sem sobreposição de agendas com comitês já existentes e atuantes no campo; - Fortalecimento dos processos de trabalho e do papel das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva;
Educomunicação	- Operacionalização de um ecossistema comunicativo com relações amplas e sólidas entre comunicação e educação; - Uso de mediação tecnológica com foco na educação e comunicação para disseminação de informações voltadas para profissionais, gestores, usuários, população geral.

Fonte: LUCAS *et al.*, 2019.

O projeto foi operacionalizado a partir de duas linhas de indução: ações de abrangência universal para atingir todos os municípios independente da situação

epidemiológica e ações com estados e municípios-chave em locais estratégicos para enfrentamento da sífilis no país (LUCAS *et al.*, 2019).

Quadro 2 – Linhas de Ação vinculadas à operacionalização do projeto “Sífilis Não”.

Linha 1 Ações de abrangência universal	Linha 2 Ações com estados e municípios-chave
• Compra e distribuição de penicilina cristalina e benzatina; • Compra e distribuição de teste rápido para sífilis; • Fortalecimento de estrutura laboratorial para diagnóstico da IST (clamídia, gonorreia e sífilis); • Instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal; • Realização de campanhas nacionais de prevenção; • Desenvolvimento de ferramentas de educação para serem disponibilizadas a todos os municípios; • Disseminação de informação estratégica aos gestores municipais e estaduais, auxiliando a tomada de decisão; • Desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis.	• Cooperação técnica interfederativa para implantação/implementação de comitês municipais/regionais de investigação da transmissão vertical da sífilis; • Cooperação para avaliação das ações de enfrentamento à Sífilis nos respectivos planos municipais/Programações de Saúde e Relatórios de Gestão dos Estados e Municípios prioritários; • Cooperação técnica interfederativa para implantação/implementação de salas de situação de vigilância epidemiológicas da sífilis no âmbito municipal; • Cooperação técnica Interfederativa para fortalecimento entre a rede de atenção à saúde e os diferentes espaços de produção de cuidado visando a implementação das linhas de cuidado de sífilis (em gestante e parcerias, crianças expostas e sífilis adquiridas), também com intervenção em populações-chave (trabalhadoras sexuais, gays e homens que fazem sexo com homens, transexuais); • Cooperação técnica interfederativa para fortalecimento de ações intersetoriais no território, priorizando o controle social (indução de agendas envolvendo saúde, educação e assistência social); • Cooperação técnica interfederativa para o monitoramento do desenvolvimento das ações do projeto nas salas de situação.

Fonte: LUCAS *et al.*, 2019.

Para decisão de prioridade dos municípios a serem contemplados com o projeto foi considerado o número de habitantes e o índice composto de sífilis de cada município. O índice composto de sífilis englobou dois indicadores: a taxa de incidência de SC em menores de um ano e a taxa de mortalidade perinatal (LUCAS *et al.*, 2019).

Foram definidos 100 municípios prioritários (ANEXO A) que equivaliam a 31% da população brasileira, e respondiam no ano de 2017 por 65% dos casos de sífilis no país, porém só 72 municípios foram cobertos pela estratégia de apoio. O projeto

contou com uma rede de agentes de cooperação ou apoiadores territoriais nos estados e municípios vinculados aos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, no sentido de fortalecer o processo de regionalização e de cooperação entre os entes federados e o controle social, consolidar as práticas de gestão e reduzir as fragmentações dos processos de trabalho, qualificando as ações de enfrentamento à sífilis (LUCAS *et al.*, 2019; DOS SANTOS PEREIRA; CADAXA; PAZ, 2019).

A partir dos objetivos e ações estabelecidas pelo projeto foram relacionados os resultados esperados elencados no quadro 3.

Quadro 3 – Resultados esperados do projeto “Sífilis Não”.

Resultados esperados do Projeto Sífilis Não	
1.	Fortalecimento das ações de pesquisas científicas aplicadas na área do controle e do combate à sífilis no SUS;
2.	Qualificação da informação estratégica para o controle da sífilis por meio da implantação e implementação de salas de situação nos Estados e municípios participantes do projeto;
3.	Qualificação da vigilância epidemiológicas, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita;
4.	Cobertura do diagnóstico por meio de teste rápido e tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais no pré-natal, parto ou situações de abortamento ampliados;
5.	Estratégia dos comitês de investigação de transmissão vertical de HIV e Sífilis nos Estados, municípios ou regiões de saúde ampliados;
6.	Fortalecimento das ações de pré-natal do parceiro;
7.	Apoio à implementação do processo de validação para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou de sífilis nos municípios do país;
8.	Articulação de setores sociais e comunidades para fortalecimento da resposta à sífilis nas redes de atenção;
9.	Desenvolvimento de cursos mediados por tecnologia para qualificação da resposta à sífilis nas redes de atenção;
10.	Formação de gestores para atuação no controle da sífilis nos Estados e municípios por meio da realização de cursos mediados por tecnologia;
11.	Fortalecimento das ações conjuntas com gestores federais, estaduais e municipais, profissionais de saúde, comunidades e demais atores envolvidos nas ações de prevenção da sífilis;
12.	Realização de campanhas de comunicação em saúde;
13.	Realização de pesquisas e publicações em periódicos de alto impacto;
14.	Desenvolvimento de ferramentas e metodologias para visualização de dado;
15.	Desenvolvimento de métodos para manipulação de fontes de dados do governo sobre a sífilis em um formato orientado a serviços;
16.	Desenvolvimento de metodologias móveis para aquisição, notificação, importação e visualização dos dados sobre a sífilis;
17.	Desenvolvimento de cooperações técnico-científicas com associações de referências em saúde e tecnologia no Brasil;
18.	Desenvolvimento de cooperações técnico-científicas com universidades e grupos de pesquisas internacionais.

Fonte: Adaptado de VALENTIN, 2017.

3.4 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

Intervenções visando a prevenção da transmissão vertical da sífilis foram priorizadas para eliminar a SC contribuindo diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em saúde materno-infantil, alinhadas com a OPAS e

Organização Mundial de Saúde, para atingir a meta da taxa de incidência de sífilis congênita menor ou igual a 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos. Mas apesar dos esforços, permanece como um problema mundial calculando-se haver todos os anos cerca de 12 milhões de pessoas infectadas. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao seu feto, causando SC, com consequências graves para a gravidez em 80% dos casos. Contudo, opções eficazes de pesquisa e tratamento podem evitar e eventualmente eliminar a SC (WHO, 2008).

É crucial expandir pesquisas relacionadas à organização de como as políticas e programas IST/AIDS monitoram e avaliam a prevenção e o controle das doenças. Em geral, poucas vezes se efetua avaliação de campanhas por não se encontrar uma metodologia clara e objetiva, o que prejudica análise de resultados a curto, médio e longo prazo. Há uma necessidade de informação consistente sobre a efetividade destas medidas para melhorar a qualidade dos programas (CRUZ; SANTOS; MONTEIRO, 2007; SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005).

Esta é a primeira pesquisa que analisa a implantação do projeto “Sífilis Não” no estado de Pernambuco. Outros estudos sobre o projeto foram feitos em municípios prioritários no enfrentamento à sífilis, como em Teresina no Piauí, que buscou caracterizar o perfil epidemiológico das gestantes (SOBRINHO; LIMA; GUIMARÃES, 2020). No município de Goiânia em Goiás, 26ª cidade em prioridade para o projeto, foi realizado estudo sobre o potencial da educação permanente para a resposta rápida à sífilis nas redes de atenção (CARNEIRO, 2020). Outras publicações abordando o projeto apresentaram a experiência do apoio institucional como suporte dos municípios prioritários (LUCAS *et al.*, 2019), a utilização dos TR como estratégia de resposta à epidemia (NETO *et al.*, 2019) e o levantamento das ações de comunicação municipais (DOS SANTOS PEREIRA; CADAXA; PAZ, 2019).

A análise de políticas e programas governamentais tem grande relevância para as funções de planejamento e gestão. Ela pode subsidiar a formulação de intervenções e ajustes, sendo, portanto, um instrumento para melhoria da eficiência do gasto público e controle sobre a efetividade da ação do Estado. Políticas e programas públicos são tão eficazes quanto seu sistema de saúde implementado. O sucesso da implementação de programas de detecção da sífilis depende da identificação de êxitos e nós críticos a serem superados e, a partir desta constatação, realizar as melhorias necessárias no sistema de cuidados da saúde (WHO, 2008; DA CUNHA, 2018).

A teoria de um programa não assegura que sua aplicação ocorrerá da forma antevista, pois fatores externos devem ser cumpridos e existem contratempos não esperados que podem trazer efeitos negativos. Portanto, deve-se examinar se o desenho de implementação da política considera as mudanças de contexto advindas do ambiente externo e interno (BRASIL, 2018b).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

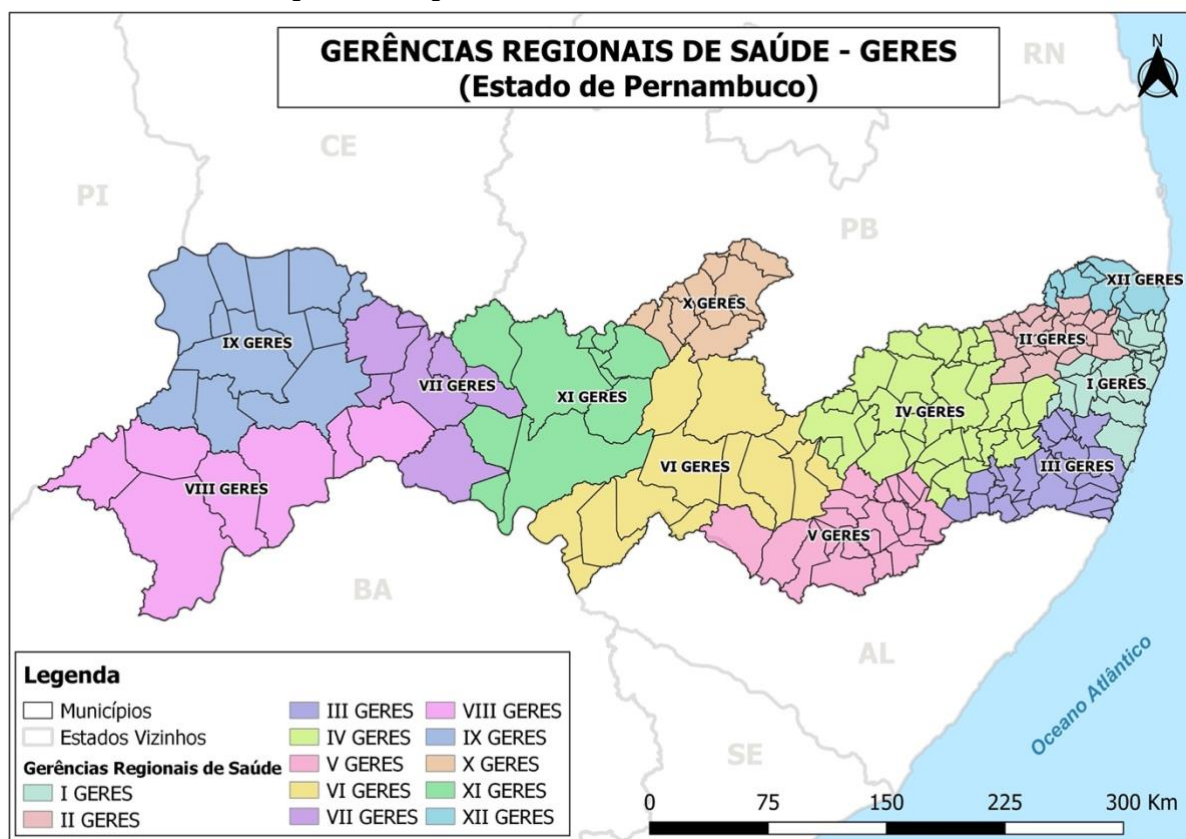
O presente trabalho se trata de estudo de casos múltiplos através uma pesquisa avaliativa com método misto descritivo, qualitativo e quantitativo, havendo explicações sobre fenômenos, cálculos e resultados quantitativos (FORTE, 2004). O estudo de caso trabalha uma quantidade pequena de unidades de análise, com o interesse voltado para localidades específicas, observando a estrutura das relações entre os componentes de cada caso e suas variações no tempo. Estes estudos funcionam bem em combinação com outros métodos como pesquisas de coleta de dados e almejam explorar onde a intervenção contribuiu nos resultados observados (HARTZ, 1997; HM TREASURY, 2020). O método de análise qualitativo comparativo é usado para comparar múltiplos casos e compreender padrões de características associadas com desfechos, desejados ou não, baseado no conhecimento qualitativo. Ele pode identificar grupos de fatores causais analisando sistematicamente evidências de estudo de caso (HM TREASURY, 2020).

Pretende analisar o grau de implantação do projeto “Sífilis Não” nos municípios pernambucanos que receberam a intervenção e relacioná-lo à taxa de incidência da SC. O grau de implantação informa o nível de operacionalização de cada intervenção comparando o planejado com o que foi realmente implantado após um ano de sua implantação. Esta pesquisa também fará estudo quantitativo, utilizando como indicador de desempenho do projeto a curto prazo as taxas de incidência de SC do Sinan. O trabalho compara o indicador um ano antes do projeto em 2017, e um ano após em 2019, e relaciona os resultados positivos ou negativos com as estratégias de intervenção no enfrentamento à sífilis utilizadas por cada município.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, localizado no Nordeste brasileiro, com destaque para os sete municípios pertencentes à I Região de Saúde que foram contemplados com o projeto “Sífilis Não”. A figura 1 apresenta a divisão do estado em regiões de saúde.

Figura 1 – Regiões de Saúde do estado de Pernambuco.



Fonte: A autora, 2021. Baseado no Plano Diretor de Regionalização (PERNAMBUCO, 2011).

Nota: Macrorregião 1 - Metropolitana (Regiões de saúde - I, II, III e XII); Macrorregião 2 - Agreste (Regiões de saúde - IV e V); Macrorregião 3 – Sertão (Regiões de saúde – VI, X e XI); Macrorregião 4 – Vale do São Francisco e Araripe (Regiões de saúde – VII, VIII e IX).

A tabela 1 exhibe os municípios contemplados com apoio territorial do MS no projeto e dados demográficos segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 1 – Dados demográficos dos municípios pernambucanos contemplados com o projeto “Sífilis Não”.

Município	Área (Km²)	População estimada 2021 (Nº de pessoas)	Densidade demográfica (hab/Km²)	Escolarização (%)	IDHM	Mortalidade infantil 2019 (óbitos/ 1.000 NV em 2019)
Recife	218,843	1.661.017	7.039,64	97,1	0,772	11,5
Olinda	41,300	393.734	9.063,58,9	96,9	0,735	10,46
Jaboatão dos Guararapes	258,724	711.330	2.491,82	96,8	0,717	11,59
Igarassu	306,879	119.690	333,88	97,9	0,665	5,74
São Lourenço da Mata	264,190	114.910	392,57	97,1	0,653	9,55
Cabo de Santo Agostinho	445,343	210.796	412,33	96,5	0,686	7,11
Camaragibe	51,321	159.945	2.818,46	97,4	0,692	14,91

Fonte: IBGE, 2021.

Legenda: IDHM – Índice de desenvolvimento humano municipal.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os critérios de inclusão utilizados para análise qualitativa foram, ser apoiador técnico territorial do Ministério da Saúde do projeto “Sífilis Não” em Pernambuco. Questionários foram aplicados aos quatro apoiadores territoriais do MS do projeto que estavam designados ao acompanhamento dos sete municípios pernambucanos.

Para a análise quantitativa dos efeitos na SC foram inclusos os dados secundários das taxas de SC do Sinan dos municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Igarassu, São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe. Os dados foram levantados do ano de 2017, um ano antes da implantação do projeto, e comparados um ano após o início do projeto, em 2019. Como complemento, foram levantadas as taxas de SC do município de Petrolina, que constava na lista de municípios prioritários, porém não teve designado um apoiador do MS para implantação e acompanhamento do projeto.

4.4 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS ESPACIAIS

Para realizar uma análise exploratória e geográfica da evolução da sífilis adquirida, em gestante e congênita nos municípios de Pernambuco foram utilizadas

técnicas de geoprocessamento e análise espacial (MENDES *et al.*, 2021) de acordo com os dados das taxas de incidência disponibilizadas pelo Sinan, processados no software QGIS 3.10. As análises de autocorrelação pelo índice de Moran foram realizadas no software GeoDa. A análise georreferenciada possibilita a visualização geoespacial dos casos, tornando possível saber em quais municípios do Estado deve-se investir com maior ênfase, em ações de prevenção e promoção da saúde.

4.5 MODELO LÓGICO

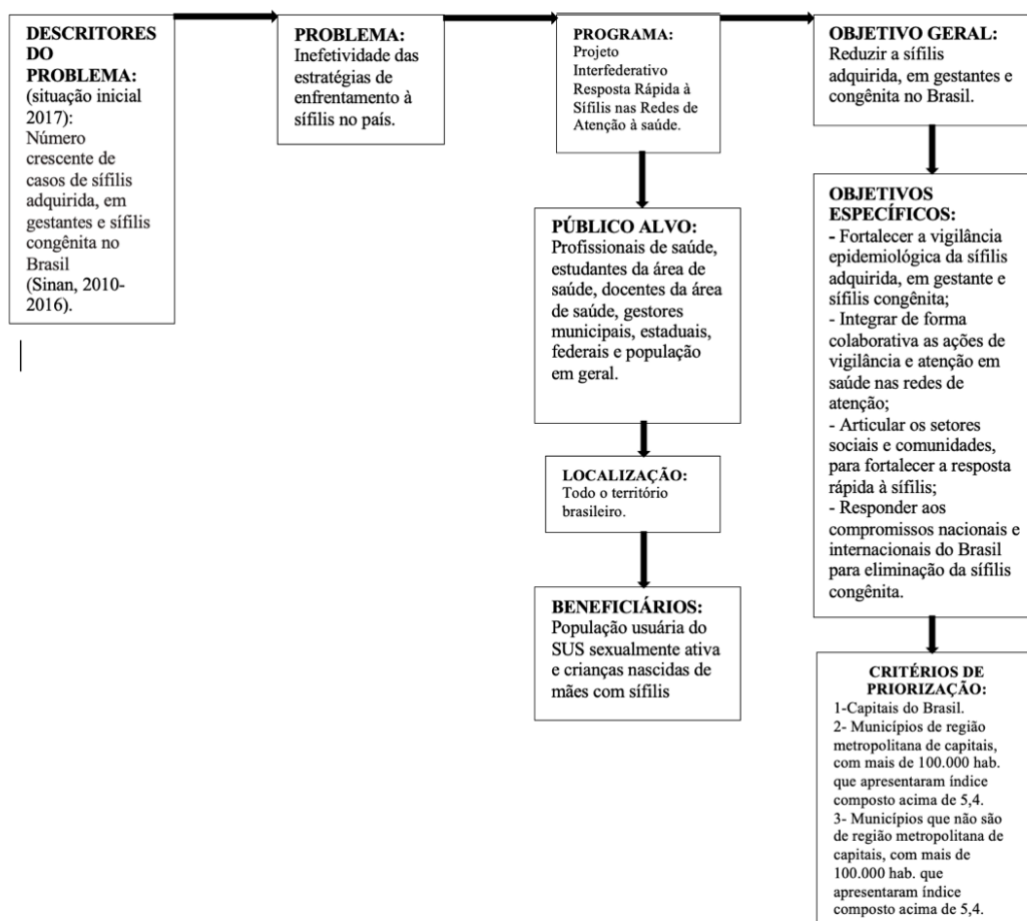
A construção do modelo lógico é um objetivo deste trabalho por ser essencial a qualquer análise do programa e possibilita a compreensão e análise de implantação do projeto “Sífilis Não”. Se faz necessário a esquematização dos fatos e elaboração de um modelo teórico para possibilitar o estreitamento do domínio de ação da teoria geral e torná-la verificável (BUNGE, 1974; ROWAN, 2000).

Para criar um esquema visual representando como o programa deve ser implementado e quais são os resultados esperados, é necessário antes, especificar o problema, a população-alvo, condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários à reprodução dos efeitos esperados (MEDINA *et al.*, 2005).

Um modelo lógico simplificado foi elaborado a partir da identificação de documentos oficiais do plano do projeto (VALENTIN, 2017, 2019; VALENTIN *et al.*, 2021a, 2021b, 2021c; UFRN, 2020) e publicações sobre o mesmo (LUCAS *et al.*, 2019; NETO *et al.*, 2019; DOS SANTOS PEREIRA; CADAXA; PAZ, 2019; CARNEIRO; DOS SANTOS, 2020), possibilitando identificar os componentes estruturais e como se relacionam com as atividades desenvolvidas para alcançar os resultados esperados.

Antes da construção do modelo lógico, a figura 2 esquematiza a descrição do problema e do Projeto, detalhando quem são os beneficiários, quais foram os critérios de priorização e quais são os objetivos.

Figura 2 – Referências básicas para a descrição do problema e construção do modelo lógico.



Fonte: A autora, 2021. Baseada na Nota Técnica Como elaborar Modelo Lógico, IPEA (CASSIOLATO, 2010).

O quadro 4 apresenta modelo lógico simplificado para o Projeto Interfederativo Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde.

Quadro 4 – Modelo lógico simplificado.

EIXO DE COOPERAÇÃO	PRODUTO	IMPACTO
CUIDADO INTEGRAL	Cobertura diagnóstica por meio de teste rápido e tratamento oportuno para sífilis adquirida, em gestantes, e sífilis congênita ofertado em toda a rede de atenção à saúde.	Redução da sífilis adquirida e em gestantes, e eliminação da sífilis congênita
	Linha de cuidado das redes de atenção definida.	
	Estratégia de Comitê de Investigação de transmissão vertical implantado.	
EDUCOMUNICAÇÃO	Gestores, profissionais, setores sociais e comunidades articulados, trabalhando de forma colaborativa e fortalecidos na resposta à sífilis nas redes de atenção.	
	Informações sobre sífilis disseminadas entre profissionais, gestores, setores sociais e comunidades.	
GESTÃO E GOVERNANÇA	Temática sífilis discutidas nos instrumentos e instâncias de gestão.	
	Gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, comunidades e demais atores envolvidos fortalecidos e trabalhando de maneira colaborativa e intersetorial nas ações de prevenção da sífilis.	
	Salas de situação implementadas nos Estados e municípios participantes do projeto, que contenha informações voltadas para a tomada de decisão e da prática profissional, incluindo a geração de conhecimento no campo de resposta rápida à sífilis e o monitoramento do desenvolvimento do projeto.	
VIGILÂNCIA	Vigilância epidemiológica trabalhando de maneira integrada com a atenção à saúde e qualificada para notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.	
	Fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas para vigilância em saúde.	
	Vigilância e Atenção à Saúde trabalhando de maneira integrada na investigação e busca ativa de casos positivos para sífilis.	

Fonte: A autora, 2021. Baseada na Nota Técnica Como elaborar Modelo Lógico, IPEA (CASSIOLATO, 2010).

4.6 MATRIZ AVALIATIVA

Para avaliação do grau de implantação foi criada uma matriz avaliativa que corresponde a integralidade das ações executadas para cada componente (eixo)

desenvolvidos no modelo lógico. Os padrões estipulados para cada indicador foram classificados em quatro estágios em intervalos de valores determinados por quartis: adequado ($\geq 75\%$), aceitável (50-74%), insatisfatório (25-49%) e crítico ($< 25\%$). O cálculo do escore do grau de implantação do programa em acordo com os autores (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003), foi obtido pelo somatório dos valores encontrados para cada um dos seus eixos.

A seleção de indicadores foi realizada a partir do modelo lógico, considerando seu poder de discriminação.

Quadro 5 – Matriz avaliativa do grau de implantação do projeto “Sífilis Não”.

OBJETIVO ESPECÍFICO	EIXO	COMPONENTE DO MODELO	INDICADOR	PARTE INTEGRANTE DO MODELO	PADRÃO	CATEGORIA E PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção básica	CUIDADO INTEGRAL	DIAGNÓSTICO (aumento da cobertura de diagnóstico)	Nº de ESF realizando TR/ Nº total de ESF no município.	INSUMO	≥ 75% das ESF realizando TR	≤ 25% = 0,00 24-49% = 0,50 50-74% = 0,75 ≥ 75% = 1,0	5
			Realização do TR para sífilis no internamento da gestante na(s) maternidade(s) local(is).	INSUMO	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0% Não se aplica = 100%	
			Garantia de entrega dos testes confirmatórios para sífilis em até 7 dias.	INSUMO	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	
		TRATAMENTO (aumento da cobertura de tratamento)	Nº de ESF realizando tratamento com penicilina benzatina na AB/ Nº total de ESF no município.	INSUMO	≥ 75% das ESF realizando tratamento	≤ 25% = 0,00 24-49% = 0,50 50-74% = 0,75 ≥ 75% = 1,0	
			Maternidade local realizando tratamento para sífilis de RNs, gestantes e puérperas pós-parto ou aborto.	INSUMO	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	

(continua)

Quadro 5 (continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	EIXO	COMPONENTE DO MODELO	INDICADOR	PARTE INTEGRANTE DO MODELO	PADRÃO	CATEGORIA E PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção básica	CUIDADO INTEGRAL	PROCESSO DE TRABALHO (fortalecimento dos processos de trabalho e do papel das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família na promoção da saúde sexual e reprodutiva)	ESF realizando busca ativa dos casos positivos.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	4
			ESF disponibilizando preservativos masculinos e femininos.	INSUMO	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
			ESF realizando busca ativa de parcerias sexuais para testagem e tratamento se necessário.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
			ESF realizando pré-natal do parceiro.	ATIVIDADE	≥ 75% das ESF realizando pré-natal dp parceiro	≤ 25% = 0,00 24-49% = 0,50 50-74% = 0,75 ≥ 75% = 1,0	

(continua)

Quadro 5 (continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	EIXO	COMPONENTE DO MODELO	INDICADOR	PARTE INTEGRANTE DO MODELO	PADRÃO	CATEGORIA E PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção básica	CUIDADO INTEGRAL	LINHA DE CUIDADO (operacionalização da linha de cuidado da sífilis adquirida, da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita em seus diferentes níveis de complexidade nas redes de atenção, incluindo os pontos de prevenção e de intervenção direcionados à populações-chave)	Construção de Linha do cuidado municipal.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	4
			Município disponibiliza referência para todas as especialidades preconizadas pelo MS para acompanhamento da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita (pediatria, ortopedia, oftalmologia, odontologia, neurologia, fonoaudiologia).	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
			Maternidade disponibiliza todos os exames necessários à investigação clínica e laboratorial da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita (raio X de ossos longos, raio X de tórax, LCR, teste não treponêmico, hemograma, plaquetas, transaminases, bilirrubina, albumina e eletrólitos).	INSUMO	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
		COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL. (ampliação e implementação dos comitês de investigação de transmissão vertical de HIV e Sífilis nos estados, municípios e/ou regiões de saúde, sem sobreposição de agendas com comitês já existentes e atuantes no campo)	Comitê de investigação de transmissão vertical implantado e em funcionamento.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	

(continua)

Quadro 5 (continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	EIXO	COMPONENTE DO MODELO	INDICADOR	PARTE INTEGRANTE DO MODELO	PADRÃO	CATEGORIA E PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Articular os setores sociais e comunidades para fortalecer a resposta rápida à sífilis	EDUCOMUNICAÇÃO	EDUCAÇÃO CONTINUADA. (Operacionalizar um ecossistema comunicativo com relações amplas e sólidas entre comunicação e educação)	Capacitações (oficina/curso) aos profissionais de saúde para qualificação técnica para realização de Testagem Rápida para sífilis.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	4
			Capacitações (oficina/curso) aos profissionais de saúde para manejo clínico da sífilis.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
		INFORMAÇÃO (Uso de mediação tecnológica com foco na educação e comunicação para disseminação de informações voltadas para profissionais, gestores, usuários, população geral)	Realização de ações/campanhas informativas sobre a temática sífilis por diversos meios de comunicação (mídia de TV; rádio; jornal; redes sociais; folhetos informativos).	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
			Realização de palestra educativa voltada aos usuários para prevenção de sífilis.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	

(continua)

Quadro 5 (continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	EIXO	COMPONENTE DO MODELO	INDICADOR	PARTE INTEGRANTE DO MODELO	PADRÃO	CATEGORIA E PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Constituir uma resposta integrada e colaborativa à sífilis, que articule os pontos de atenção à saúde numa relação interfederativa	GESTÃO E GOVERNANÇA	INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL (Fortalecimento da integração e interdependência dos gestores estaduais e municipais participantes do projeto com as instâncias de homologação e deliberação em seu território)	Temática sífilis discutida em instâncias de gestão - CIR e CIB.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	3
		COLABORAÇÃO (fortalecimento da gestão colaborativa para operacionalização de uma resposta rápida à sífilis)	Implantação de comitê/GT de enfrentamento à sífilis.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
		SALA DE SITUAÇÃO (Instalação de uma sala de situação nacional que contenha informações voltadas para a tomada de decisão e o fortalecimento da gestão e da prática profissional, incluindo a geração de conhecimento no campo de resposta rápida à sífilis e o monitoramento do desenvolvimento do projeto)	Instalação de sala de situação municipal.	INSUMO	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	

(continua)

Quadro 5 (continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	EIXO	COMPONENTE DO MODELO	INDICADOR	PARTE INTEGRANTE DO MODELO	PADRÃO	CATEGORIA E PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Fortalecer a vigilância epidemiológica da sífilis adquirida, em gestante e da sífilis congênita	VIGILÂNCIA	NOTIFICAÇÃO E SEGUIMENTO (Qualificação da vigilância epidemiológica, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita)	Capacitações (oficina/curso) aos profissionais de saúde sobre notificação de casos detectados de sífilis.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	3
		INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS (Fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas para vigilância em saúde)	Atualização aos profissionais sobre registro e monitoramento nos Sistemas de Informações.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	
		INTEGRAÇÃO COM AB (Fortalecer a integração entre Vigilância e Atenção)	Vigilância epidemiológica investiga, e discute todos os casos de transmissão vertical por sífilis.	ATIVIDADE	SIM	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%	

Fonte: A autora, 2021. Baseada no modelo lógico e referências do projeto (VALENTIN, 2017, 2019; VALENTIN *et al.*, 2021a, 2021b, 2021c; UFRN, 2020).

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados qualitativos foram coletados através de dados primários com aplicação de questionários semiestruturados (APÊNDICE A), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco – Campus Recife – UFPE/Recife (ANEXO J). A utilização de questionário buscou descrever as diferenças na implantação e analisar as variáveis que se relacionam com o processo (GIL, 2002).

Os questionários foram aplicados à informantes-chave, apoiadores institucionais territoriais do MS, que atuaram nos municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Igarassu, São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe. A elaboração se deu a partir do modelo lógico e abordou questões envolvidas nas categorias de cooperação de vigilância, gestão e governança, cuidado integral e educomunicação. O questionário procurou reconhecer nos territórios de gestão e de serviços de saúde, a programação e execução de ações, relacionadas aos resultados esperados em âmbito municipal. Para análise foram calculadas as frequências das variáveis e aplicadas na matriz de avaliação.

Para fins de análise espacial e temporal da evolução da doença em Pernambuco, foram utilizados dados secundários das taxas de sífilis informadas no Sinan do ano de 2010 a 2019.

Para a análise quantitativa do monitoramento da SC em menores de um ano, foram utilizados os dados secundários do Sinan do indicador nos anos de 2017 e 2019, período prévio, um ano antes, e um ano após a implantação do projeto. Os dados em si não evidenciam automaticamente o problema, sendo necessário comparar a trajetória e suas metas pactuadas (BRASIL, 2018b).

Devido às relações causais da SC a partir da infecção das gestantes e posterior transmissão vertical para o feto, foram também levantados através do Sinan os dados epidemiológicos sociodemográficos das mães destas crianças infectadas e referentes à assistência no pré-natal contidos na ficha de notificação da SC.

Neste estudo não houve contato direto com pacientes. Ele se limitou à coleta de informações por questionários enviados por meio eletrônico (e-mail) e coleta de dados secundários. Mesmo assim, admite-se que a pesquisa traz os riscos de

constrangimento ao entrevistado, que foi minimizado pela garantia da privacidade e conforto do preenchimento do questionário no local e horário que achar mais apropriado com confidencialidade da resposta. Os riscos de perda das informações por problemas técnicos associados ao armazenamento de dados serão evitados pela manutenção dos dados salvos em notebook e HD externo próprio de uso pessoal da pesquisadora, sob sua responsabilidade pelo período mínimo de cinco anos.

Pela pesquisa ter sido realizada durante a pandemia da COVID-19, não houve exposição de pesquisadora e nem de entrevistados. Os resultados obtidos nesta pesquisa podem demonstrar quais os principais desafios na implantação do projeto “Sífilis Não”, se a implantação do projeto trouxe efeitos na redução da SC, e quais estratégias de ação merecem ser reforçadas. Sendo este um dado importante no planejamento de políticas públicas. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes e municípios envolvidos acerca do estudo desenvolvido. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco nº 4962184 (ANEXO J). Seguindo a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012, todos os participantes elegíveis forneceram consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo.

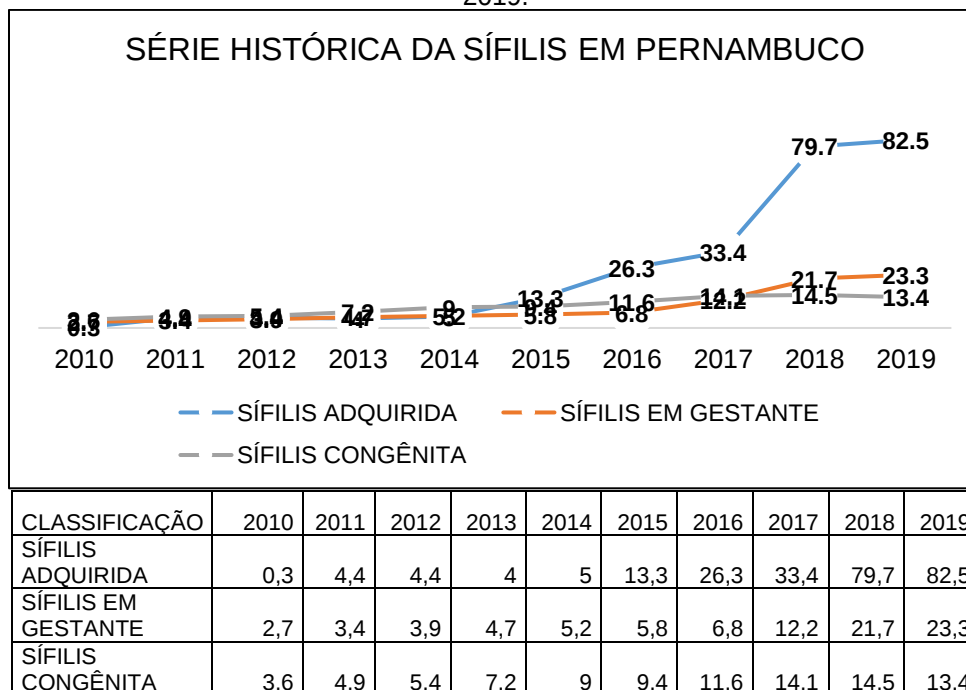
5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados inicialmente com a análise exploratória espacial e temporal da evolução da sífilis em Pernambuco do ano de 2010 a 2019. Logo a seguir será exposta a análise do grau de implantação do projeto “Sífilis Não” nos municípios pernambucanos contemplados. Por fim, serão exibidos os resultados a curto prazo na SC utilizando metodologias quantitativas exploratórias e levantamento de percepção dos resultados da política (BRASIL, 2018b).

5.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA ESPACIAL E TEMPORAL DA EVOLUÇÃO DA SÍFILIS EM PERNAMBUCO

O uso da análise de estatísticas espaciais em saúde pública favorece a compreensão das dimensões envolvidas na infecção de modo a apoiar a vigilância do risco individual e coletivo, e assim poder controlar os processos endêmicos (SILVA, 2017; MENDES *et al.*, 2021). É importante realizar a análise geral da evolução da doença em todas as suas expressões. Para melhor percepção da distribuição dos dados da evolução das taxas de incidência de sífilis no estado de Pernambuco, que será exibida em mapas, o gráfico 2 apresenta a série histórica das três classificações da sífilis no Estado do ano de 2010 a 2019.

Gráfico 2 – Taxa de incidência de sífilis adquirida por 100.000 habitantes, de sífilis em gestantes por 1.000 NV e de sífilis congênita por 1.000 NV, segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2010 a 2019.

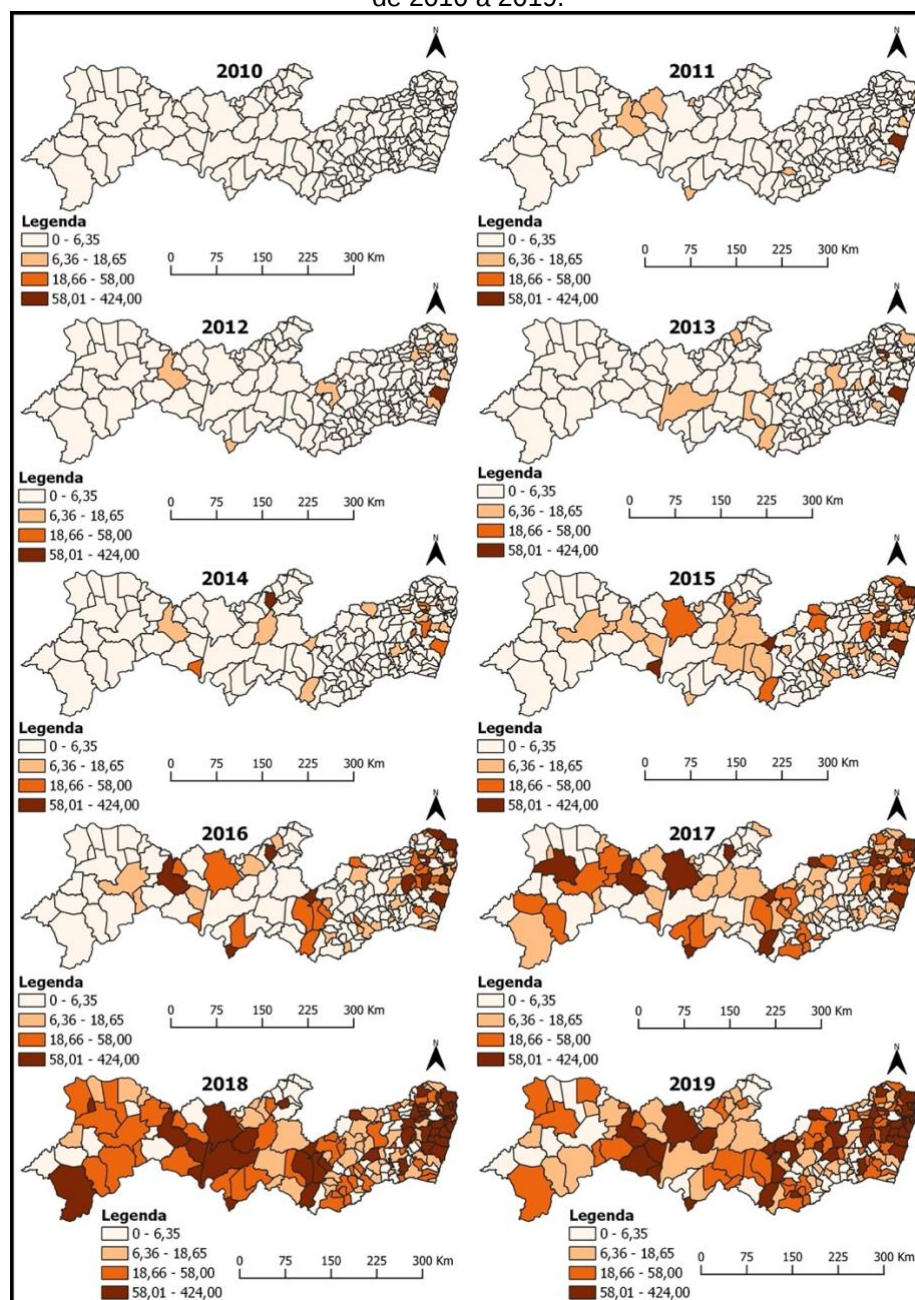


Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados consultados em 19/01/2022.

A partir da visualização do gráfico 2, fica evidente a aceleração na disseminação da doença após o ano de 2015, quando do desabastecimento global da penicilina. A SG apresentava taxas menores que a SC, o que demonstrava uma falha grave de diagnóstico no pré-natal ou subnotificação por falhas de registro nos sistemas de informação. Esse quadro só se reverte a partir do ano de 2018. Os números mais elevados das taxas de sífilis em todas as suas classificações nos anos de 2018 e 2019 podem estar relacionados às estratégias adotadas no país para o enfrentamento do agravo que incentivaram o fortalecimento da vigilância epidemiológica.

As figuras seguintes trazem os mapas de distribuição espacial com uma representação visual da série histórica de 2010 a 2019 das taxas de incidência nos municípios de Pernambuco por quartis, onde conforme mais intensas as cores, são representadas as incidências mais elevadas.

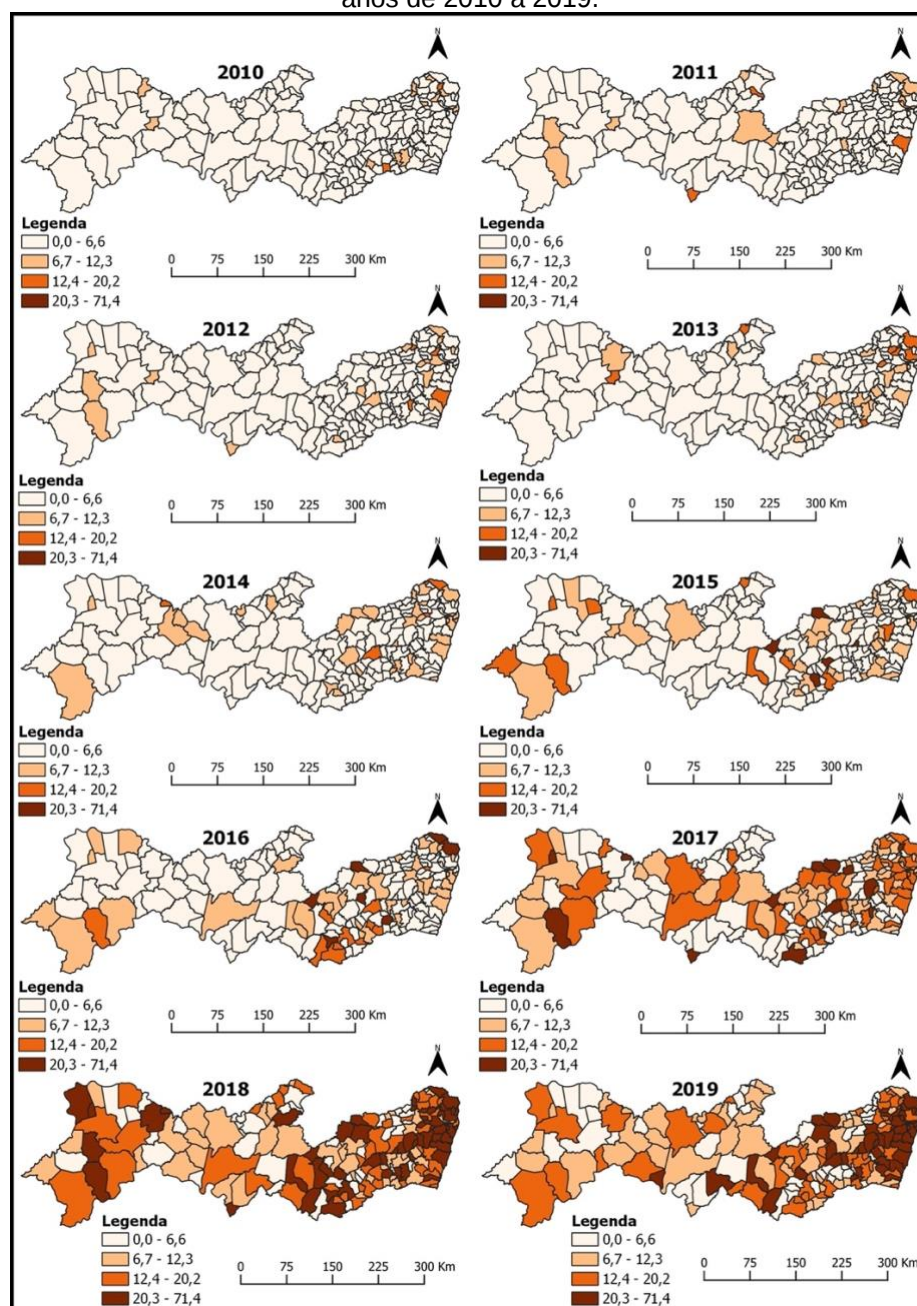
Figura 3 – Distribuição espacial das taxas de incidência da sífilis adquirida em Pernambuco nos anos de 2010 a 2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Na análise da série histórica de georreferenciamento da incidência SA da figura 3 se evidencia que a distribuição espacial se inicia em 2010 com expressão discreta. É importante lembrar que foi a partir deste ano que a notificação compulsória para sífilis adquirida foi estabelecida no país. Os focos de maior incidência iniciam na Macrorregião Metropolitana e vão adentrando o interior do estado a cada ano, ganhando força a partir de 2015. É possível observar que nos anos de 2018 e 2019 os municípios com maiores taxas estão concentrados na Macrorregião Metropolitana, Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripe.

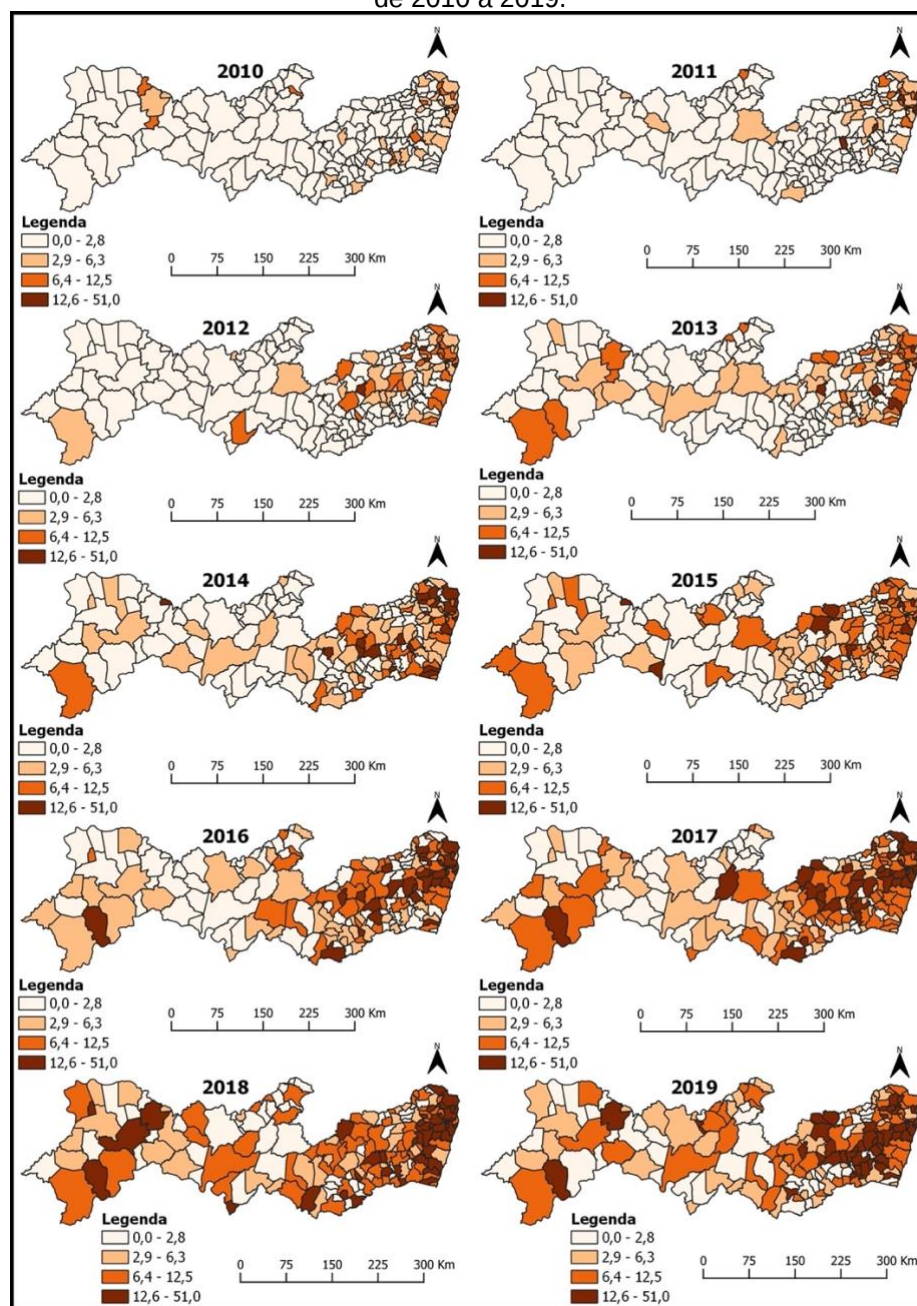
Figura 4 – Distribuição espacial das taxas de incidência da sífilis em gestante em Pernambuco nos anos de 2010 a 2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

A análise espacial da incidência SG da figura 4 também segue um padrão de interiorização da doença com o passar dos anos, e que inicia maior expressão a partir de 2017. É possível observar que dos anos de 2018 e 2019 os municípios com maiores taxas estão concentrados na Macrorregião Metropolitana, Agreste e Sertão, com redução de incidência na Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe de 2018 para 2019.

Figura 5 - Distribuição espacial das taxas de incidência da sífilis congênita em Pernambuco nos anos de 2010 a 2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

A observação da evolução da incidência SC na figura 5 traz um aspecto relevante ao se observar incidências mais elevadas que as da SA e de SG desde o ano de 2010, já demonstrado em números no gráfico 2. Este fato sugere falha diagnóstica e de tratamento das gestantes e parcerias, pois a incidência da SC deveria se apresentar em taxas inferiores às outras classificações mediante o diagnóstico e tratamento oportuno durante o pré-natal. As áreas de maior incidência

se assemelham nos anos de 2018 e 2019 nas figuras 3, 4 e 5, apresentando as maiores taxas na Macrorregião Metropolitana, Agreste e Sertão, com redução de incidência na Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe de 2018 para 2019.

Após o mapeamento de onde estão as áreas com maior incidência da sífilis, é importante compreender como elas se relacionam e o que elas significam, para avaliação de dependência espacial, e para que os gestores possam tomar a decisão de que ações devem tomar em relação a elas.

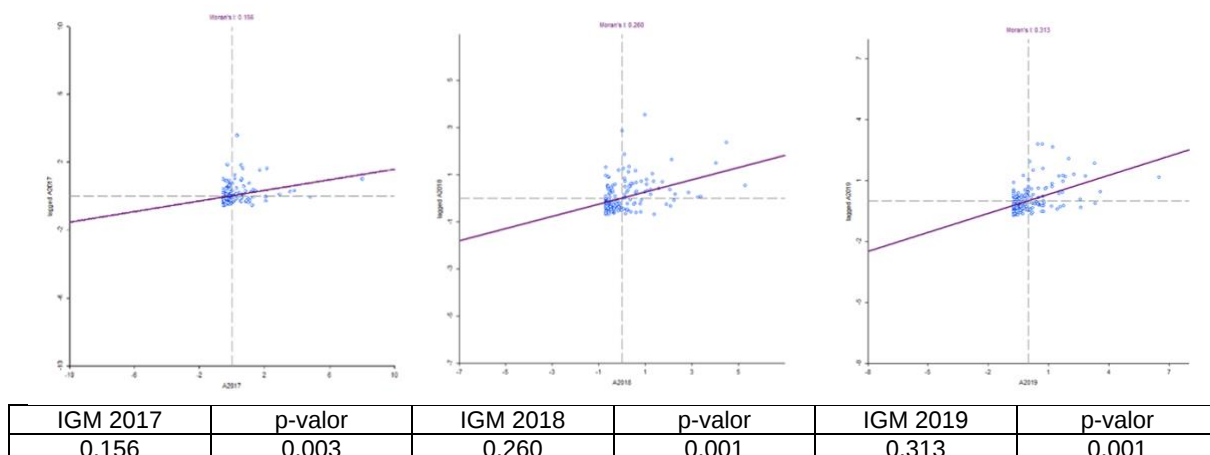
Inicialmente foram identificados os municípios vizinhos de primeira ordem, que compartilham a mesma fronteira e verificado se a taxa de incidência de SA observada em um município possui correlação com os valores das taxas apresentadas pelos municípios vizinhos, considerando o estado de Pernambuco como área de estudo.

Para verificar essa correlação foi utilizado o cálculo dos índices de Moran Global e Local. Assim, foi possível aferir a correlação de uma variável com ela mesma no espaço, sendo seus valores estimados dentro de um intervalo de variação de -1 a +1: valores positivos e negativos desse intervalo, indicam autocorrelação positiva e autocorrelação negativa, respectivamente, e valores próximos de zero, aleatoriedade espacial (MENDES, 2021).

Ao submeter os dados para avaliação do índice Global de Moran (IGM) de autocorrelação, entre os anos de 2017, antes da implantação do projeto “Sífilis Não”, e 2018 e 2019 após o início do projeto, foi possível observar alto grau de autocorrelação. Todos os anos apresentaram p-valor estatisticamente significativo, tendo um nível de significância de 95%. Isto comprova a existência de uma dependência espacial que aumentou consideravelmente do ano de 2017 para o ano de 2019, ou seja, a influência da autocorrelação da doença foi ficando cada vez mais forte.

Os diagramas 1, 2, 3 e 4 de espalhamento de Moran a seguir apontam os padrões da autocorrelação em curva ascendente que aumentam a sua inclinação a cada ano. Isto indica evidência de autocorrelação espacial positiva, ou seja, as áreas tendem a ser similares entre si quanto à taxa de sífilis.

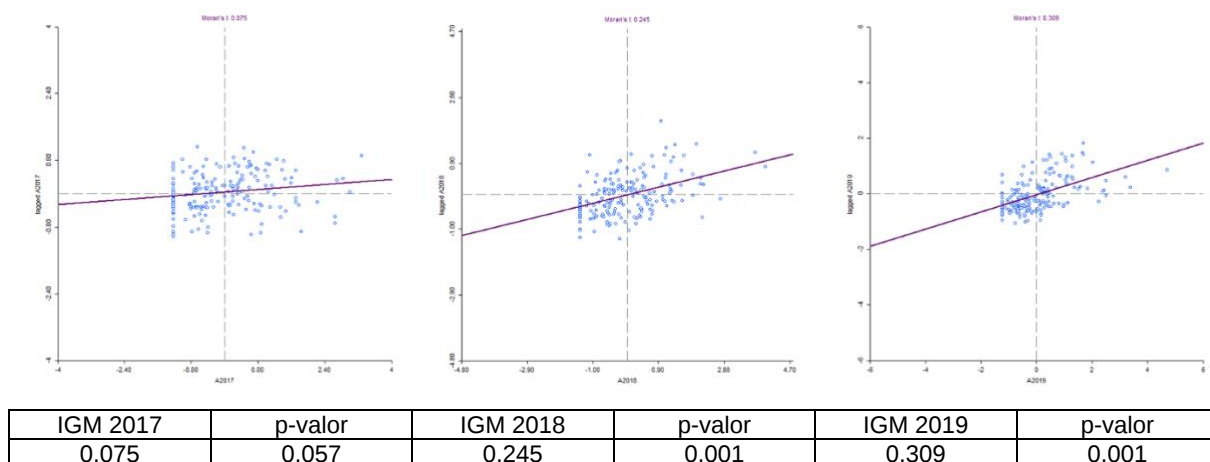
Diagrama 1 – Evolução da autocorrelação da sífilis adquirida em Pernambuco, 2017-2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Legenda: IGM – Índice Global de Moran.

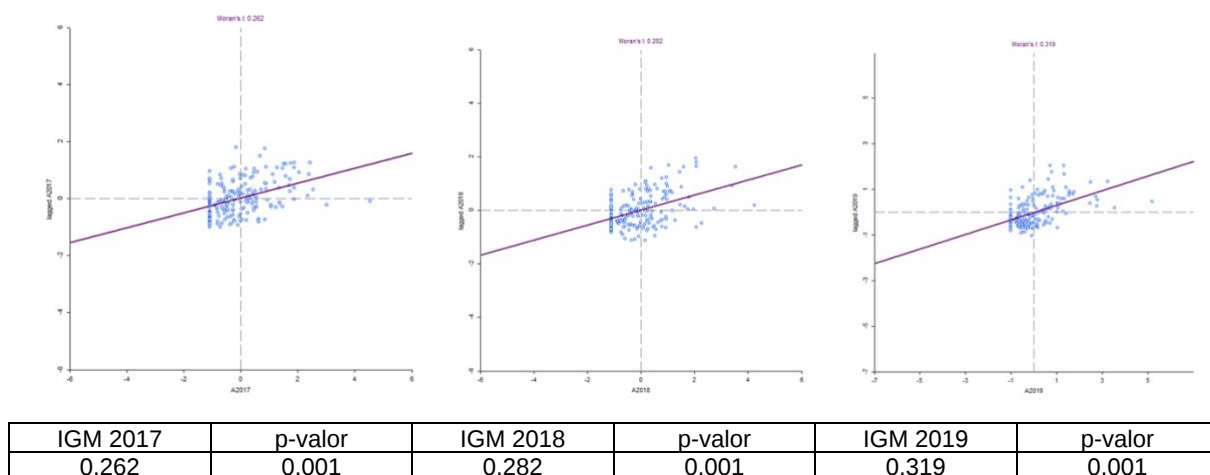
Diagrama 2 – Evolução da autocorrelação da sífilis em gestante em Pernambuco, 2017-2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Legenda: IGM – Índice Global de Moran.

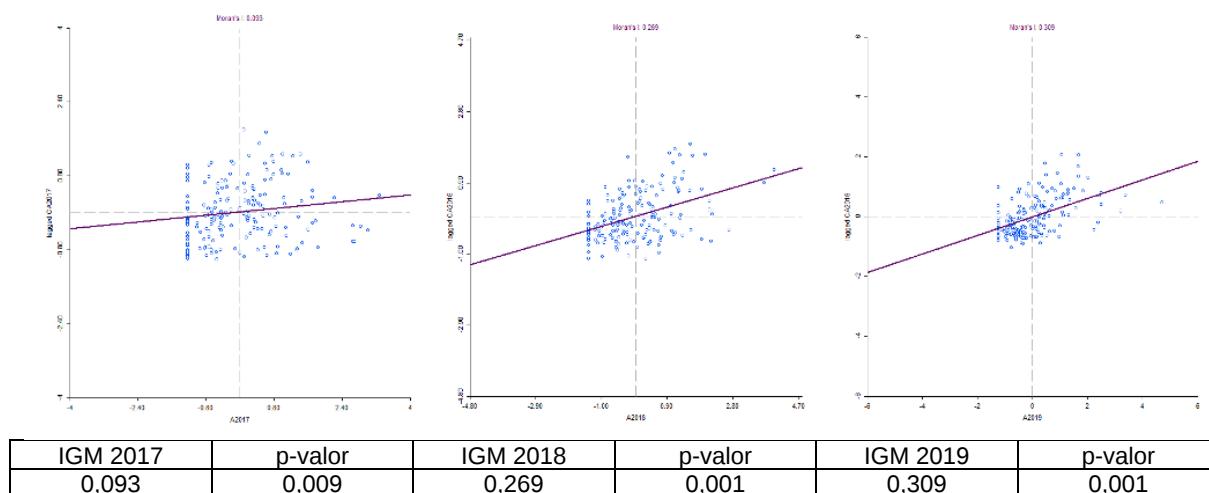
Diagrama 3 – Evolução da autocorrelação da sífilis congênita em Pernambuco, 2017-2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Legenda: IGM – Índice Global de Moran.

Diagrama 4 – Evolução da autocorrelação bivariada da sífilis em gestante X sífilis congênita em Pernambuco, 2017-2019.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Legenda: IGM – Índice Global de Moran.

Para decompor o Índice Global de Moran e localizar aglomerados, áreas homogêneas constituídas por municípios com associação espacial, foi adotado o Índice de Moran Local (LISA – *Local Indicator for Spatial Autocorrelation*), Box Map e Moran Map, como recursos de identificação. Os valores normalizados (valores dos atributos – Taxa – subtraídos de sua média e divididos pelo desvio-padrão), no qual o atributo foi classificado conforme sua posição em relação aos quadrantes do Diagrama de Espalhamento de Moran, recebendo uma cor quando gerado o mapa.

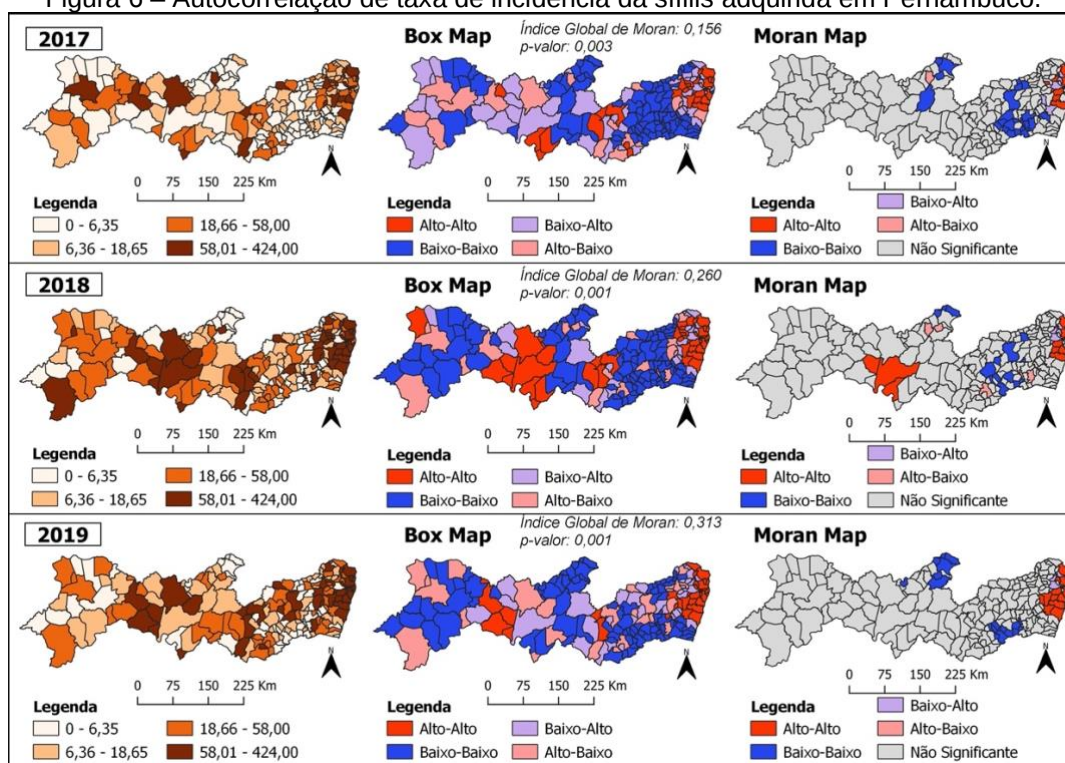
O quadrante Alto-Alto (Q1), destacado em vermelho, indica que há presença de municípios com valor positivo da taxa normalizada e possui a média dos valores normalizados dos municípios vizinhos também positiva. O quadrante Baixo-Baixo (Q2), destacado em azul, localiza municípios com valor negativo da taxa normalizada e possui a média dos valores normalizados dos municípios vizinhos também negativa. O quadrante Baixo-Alto (Q3) indica município com valor negativo da taxa normalizada e possui a média dos valores normalizados dos municípios vizinhos positivos. O quadrante Alto-Baixo (Q4) indica município com valor positivo da taxa normalizada e possui a média dos valores normalizados dos municípios vizinhos negativos. Dessa forma, Q1 e Q2 indicam áreas de associação espacial positivas, levando-se em conta que o município possui vizinhos com valores semelhantes. Tanto o Q3 como o Q4 não acompanham a tendência global e indicam

áreas de associação espacial negativas, considerando que numa localização há vizinhos com valores distintos, considerada como região de transição entre os dois regimes espaciais, no caso, os municípios dos quadrantes Q1 e Q2.

Baseado nessa análise, adota-se, com base nos mapas gerados pelo Box Map, quatro áreas distintas de prioridade para o controle da sífilis: Q1 – área de maior prioridade para controle da sífilis; Q2 – área de menor prioridade para controle da sífilis; Q3 – área de prioridade intermediária para o controle da sífilis; Q4 - área de prioridade intermediária para o controle da sífilis.

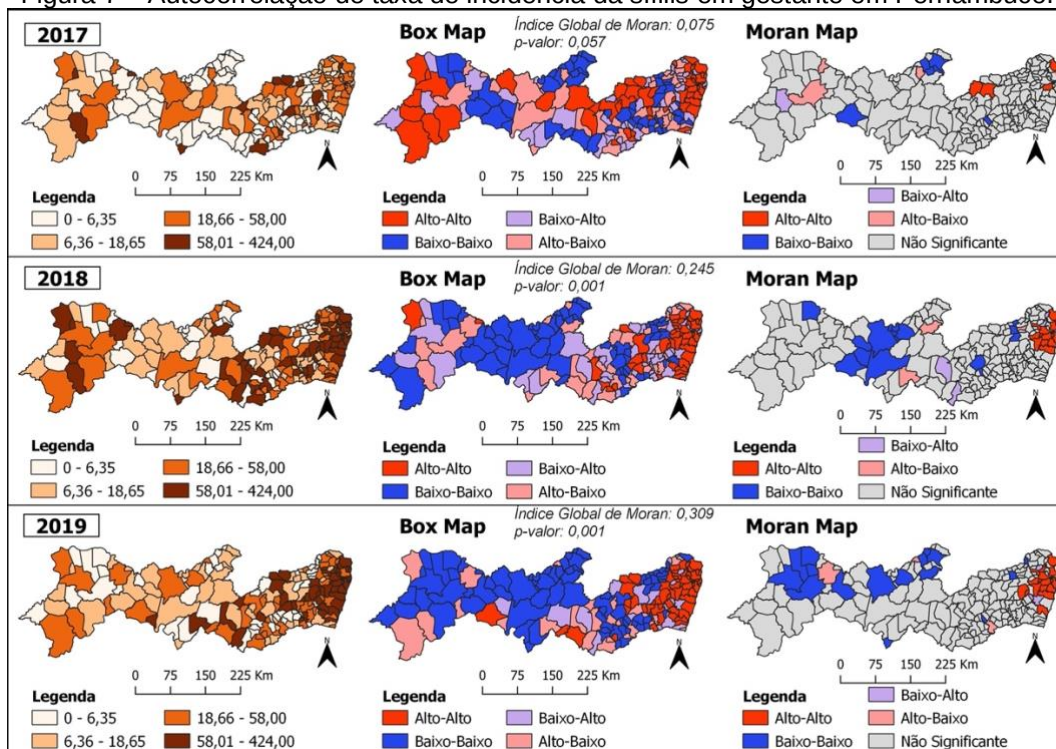
O Moran Map mostra dentro de cada área de prioridade, identificada no Box Map, os municípios onde a dependência espacial é mais pronunciada, destacando áreas de autocorrelação espacial estatisticamente significativa, sendo estes considerados prioritários ou críticos na incidência de sífilis, como se observa nas figuras 6, 7, 8 e 9.

Figura 6 – Autocorrelação de taxa de incidência da sífilis adquirida em Pernambuco.



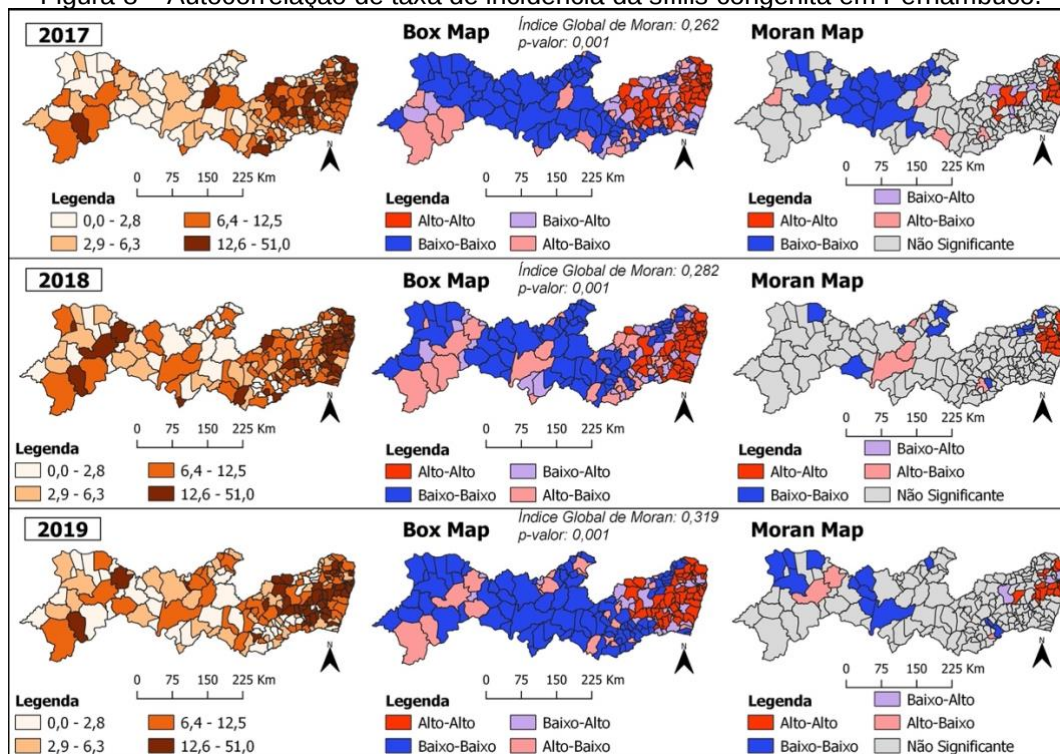
Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Figura 7 – Autocorrelação de taxa de incidência da sífilis em gestante em Pernambuco.



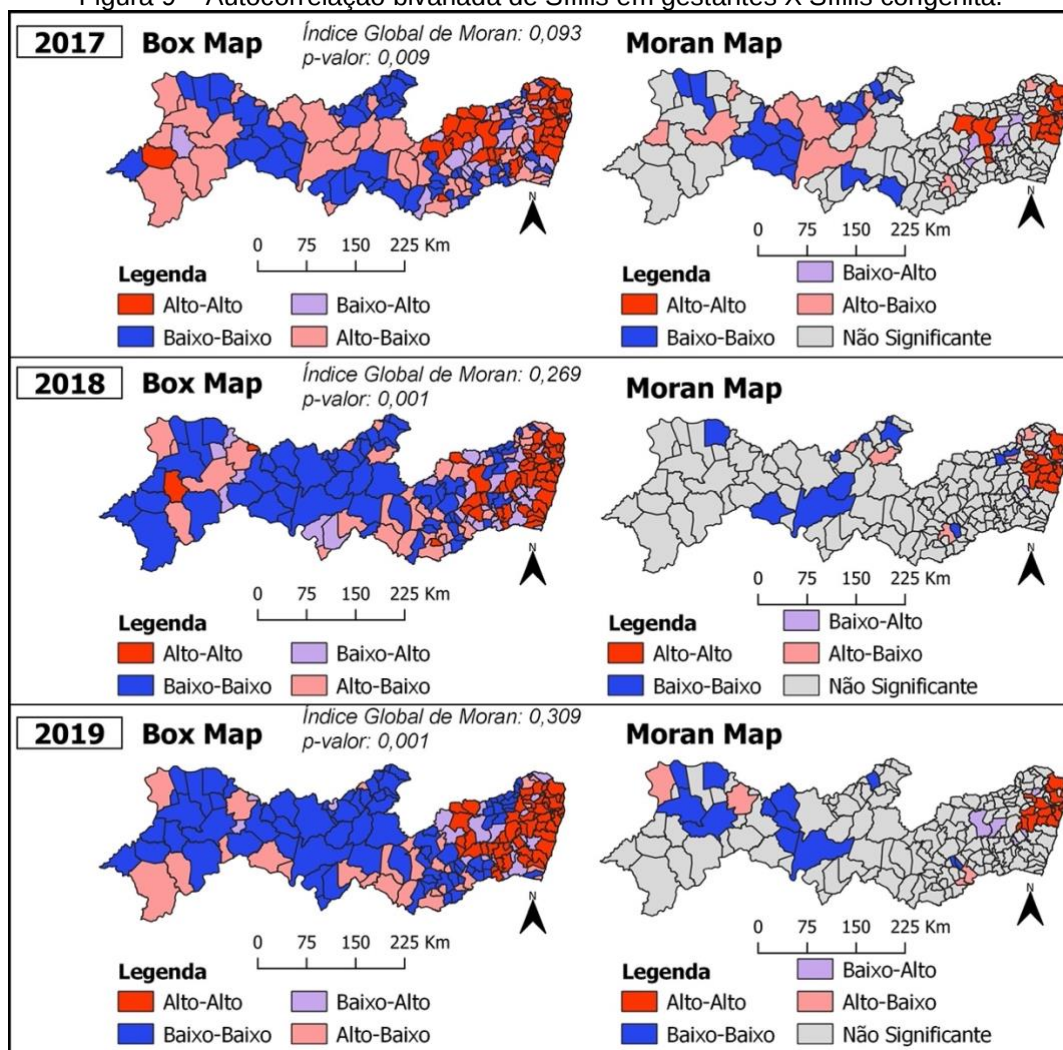
Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Figura 8 – Autocorrelação de taxa de incidência da sífilis congênita em Pernambuco.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

Figura 9 – Autocorrelação bivariada de Sífilis em gestantes X Sífilis congênita.



Fonte: A autora, 2021. Baseado nos dados do Sinan (BRASIL, 2019b).

A tabela 2 destaca por Região de Saúde os municípios de maior prioridade para controle da sífilis no ano de 2019 identificados no Moran Map para cada classificação da sífilis e da autocorrelação bivariada de SG X SC.

Tabela 2 – Municípios prioritários para o enfrentamento da sífilis em Pernambuco no ano de 2019.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS (Q1)	SÍFILIS ADQUIRIDA (SA)	SÍFILIS EM GESTANTE (SG)	SÍFILIS CONGÊNITA (SC)	SG X SC
I	Araçoiaba	X	-	-	-
I	Cabo de Santo Agostinho	X	X	-	-
I	Camaragibe	-	X	X	X
I	Chã de Alegria	-	X	-	-
I	Chã Grande	-	X	X	X
I	Glória do Goitá	-	X	X	X
I	Igarassu	X	X	-	X
I	Ilha de Itamaracá	X	X	X	X
I	Ipojuca	X	-	-	-
I	Itapissuma	X	-	-	-
I	Jaboatão dos Guararapes	X	X	X	X
I	Moreno	X	X	X	X
I	Olinda	-	-	X	X
I	Paulista	X	X	X	X
I	Pombos	X	-	X	X
I	Recife	X	X	X	X
I	São Lourenço da Mata	X	X	X	X
I	Vitória de Santo Antão	X	X	X	X
II	Carpina	-	X	X	X
II	Nazaré da Mata	-	-	X	-
II	Paudalho	-	X	-	X
II	Tracunhaém	-	X	-	-
III	Escada	X	-	-	-
III	Primavera	-	-	X	-
III	Sirinhaém	-	X	-	-
IV	Gravatá	-	X	-	-
IV	Bezerros	-	-	X	-
XII	Goiana	X	X	X	X
XII	Itaquitinga	-	-	X	X

Fonte: A autora, 2021. Baseado no Moran Map das figuras 6, 7, 8 e 9.

O encontro de áreas homogêneas pode auxiliar os gestores na definição de áreas prioritárias para aplicação de recursos e planejamento de intervenções de acordo com as características específicas de cada área. A tabela 2 identificou 29 municípios prioritários ao enfrentamento da sífilis, sendo 27 deles da Macrorregião Metropolitana. A partir desta análise, é possível estabelecer metas para redução das taxas a valores próximos à média dos municípios de menor prioridade e reforçar o sistema de vigilância na detecção e tratamento precoce.

5.2 AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Baseado nas respostas dos questionários aplicados aos apoiadores territoriais do MS do projeto “Sífilis Não”, foram inseridas as informações na matriz

avaliativa. Os padrões estipulados de grau de implantação do projeto foram classificados em quatro estágios, em intervalos de valores determinados por quartis: adequado (> 75%), aceitável (50-74%), insatisfatório (25-49%) e crítico (< 25%). A tabela 3 apresenta os resultados obtidos na matriz avaliativa.

Tabela 3 – Grau de implantação do projeto “Sífilis Não” nos municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Camaragibe e Igarassu.

EIXOS	CUIDADO INTEGRAL	EDU-COMUNICAÇÃO	GESTÃO E GOVERNANÇA	VIGILÂNCIA	TOTAL	% OBTIDO
PONTUAÇÃO MÁXIMA	13	4	3	3	23	100%
RECIFE	11,25	4	2	3	20,25	88,04%
JABOATÃO	9,00	4	2	3	18	78,26%
OLINDA	9,75	4	1	3	17,75	77,17%
CABO	9,00	4	2	3	18	78,26%
SÃO LOURENÇO DA MATA	9,50	4	2	3	18,5	80,43%
CAMARAGIBE	8,75	4	1	3	16,75	72,82%
IGARASSU	11,00	4	2	3	20	86,95%

Fonte: A autora, 2021. Baseado nas respostas dos questionários aplicados.

Analisando a tabela 3 é possível observar que os municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata e Igarassu foram classificados como grau de implantação adequado. O único classificado como grau aceitável foi o município de Camaragibe.

Os pontos críticos serão detalhados a seguir por cada município, de acordo com as respostas obtidas nos questionários que não conseguiram atingir o padrão esperado, possibilitando evidenciar possíveis fraquezas a serem trabalhadas.

O município de Recife tinha em 2018 uma cobertura da APS de 58% e em 2019 59%. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão no questionário foram:

- Somente 25-49% das equipes de ESF realizavam tratamento com penicilina benzatina na APS;
- 50-74% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;
- As maternidades não disponibilizavam todos os exames necessários à investigação clínica e laboratorial da criança exposta à sífilis e com SC;
- Não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

O município de Jaboatão dos Guararapes tinha em 2018 uma cobertura da APS de 51,06% e em 2019 51,43%. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão foram:

- Não havia garantia de entrega dos testes confirmatórios para sífilis em até 7 dias;
- < 25% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;
- Existiu início da construção de Linha do cuidado municipal, mas não foi concluído até o final de 2019;
- As maternidades não disponibilizavam todos os exames necessários à investigação clínica e laboratorial da criança exposta à sífilis e com SC;
- Não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

Foi colocado como observação adicional a pouca articulação da gestão para ações voltadas para populações chave como usuários de drogas e lésbicas, gays, transexual e transgênero, queer, intersexo, assexual e todas as diversas possibilidades de orientação sexual e identificação de gênero que existam (LGBTQIA+).

O município de Olinda tinha em 2018 uma cobertura de APS de 44,14% e em 2019 44,90%, sendo entre os sete municípios analisados o que apresenta menor cobertura. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão foram:

- Não havia garantia de entrega dos testes confirmatórios para sífilis em até 7 dias;
- 50-74% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;
- O município não disponibilizava referência para todas as especialidades preconizadas pelo MS para acompanhamento da criança exposta à sífilis ou com SC;
- A maternidade não disponibilizava todos os exames necessários à investigação clínica e laboratorial da criança exposta à sífilis e com SC;
- A temática sífilis foi discutida em Comissão Intergestores Regional (CIR), mas não em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

O município do Cabo de Santo Agostinho tinha em 2018 e 2019 uma cobertura da APS de 63,87%. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão foram:

- 25-49% das ESF realizavam tratamento com penicilina benzatina na APS;
- As ESF disponibilizavam preservativos masculinos, mas às vezes não tinha os femininos, ambos disponibilizados pelo MS;
- 25-49% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;
- não houve construção de Linha do cuidado municipal;
- o município não disponibilizava referência para todas as especialidades preconizadas pelo MS para acompanhamento da criança exposta à sífilis ou com SC;
- não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

Como ponto positivo foi destacado ações realizadas com população de vulneráveis durante o projeto: pessoas privadas de liberdade, quilombolas, profissionais do sexo, e descentralização do teste rápido para os Centros de Atenção Psicossociais.

O município de São Lourenço da Mata tinha em 2018 uma cobertura de APS de 84,33% e em 2019 84,50%. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão foram:

- A não disponibilização pelas ESF de preservativos femininos;
- apenas 25-49% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;
- não existiu construção de Linha do cuidado municipal;
- o município não disponibilizava referência para todas as especialidades preconizadas pelo MS para acompanhamento da criança exposta à sífilis ou com SC;
- não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

De importante relevância se destacam as ações realizadas com população de vulneráveis durante o projeto: pessoas privadas de liberdade, quilombolas, profissionais do sexo.

O município de Camaragibe tinha em 2018 e 2019 uma cobertura de APS de 90%. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão foram:

- Entre 50-74% das ESFs realizavam TR no município;
- Não havia garantia de entrega dos testes confirmatórios para sífilis em até 7 dias;
- < 25% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;

- O município não disponibilizava referência para todas as especialidades preconizadas pelo MS para acompanhamento da criança exposta à sífilis ou com SC;
- A maternidade não disponibilizava todos os exames necessários à investigação clínica e laboratorial da criança exposta à sífilis e com SC;
- A temática sífilis foi discutida em CIR, mas não em CIB;
- Não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

O município de Igarassu tinha em 2018 uma cobertura da APS de 83,71% e em 2019 86,52%. Os indicadores que não obtiveram a resposta padrão foram:

- < 25% das ESF realizavam pré-natal do parceiro;
- Não houve construção de Linha do cuidado municipal, iniciou, mas não concluiu;
- Não ocorreu instalação de sala de situação municipal.

Como o município não possui maternidade própria sendo sua referência pactuada em CIR vincular suas gestantes à maternidade de Abreu e Lima, não foram respondidas as questões referentes à oferta de exames diagnósticos e tratamentos na maternidade.

Foi ressaltado o apoio dado pelo controle social do município, porém, destacado como ponto negativo a pouca articulação da gestão para ações voltadas para populações chave como usuários de drogas e população LGBTQIA+.

Duas situações se repetiram em todos os municípios: o baixo percentual de realização do pré-natal do parceiro e a ausência da implantação de uma sala de situação. O não tratamento das parcerias concomitante às gestantes coloca em evidência um dos grandes nós críticos no enfrentamento da SC, que é anular a possibilidade de recontaminação durante a gravidez. A ausência de uma sala de situação implica em prejuízo no monitoramento contínuo dos resultados.

Dentre os quatro eixos de atenção desenhados nas diretrizes do projeto “Sífilis Não”, o mais importante, porém, o que apresentou menor quantidade de respostas padrão no questionário, foi o cuidado integral. Isto traduz a necessidade de envidar esforços na garantia do diagnóstico e tratamento em tempo oportunos.

5.3 DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

O questionário também abordou, além das questões para análise da implantação do projeto, os principais problemas ou desafios enfrentados durante o período de implementação, que se apresentam nas tabelas a seguir.

O quadro 6 demonstra que apesar da sífilis ser uma IST conhecida mundialmente há mais de 40 décadas e que periodicamente o MS renova seus protocolos clínicos sobre IST e transmissão vertical, ainda se observou desconhecimento dos profissionais na condução da doença com fragilidades na integração de ações, estabelecimentos de fluxos e monitoramento quase que na totalidade dos municípios. As demandas de trabalho dos gestores deixam em segundo plano a organização dos comitês de transmissão vertical da sífilis, que tem papel fundamental na discussão junto às ESFs para reflexão de melhorias na assistência. Os comitês de investigação de transmissão vertical da SC visam analisar eventos relacionados a agravos evitáveis, e apontar medidas de intervenção para sua redução na região de abrangência. Estes comitês são importantes instrumentos de avaliação permanente das políticas de atenção à saúde, contribuindo para a melhoria da informação, permitindo analisar os resultados da assistência prestada à gestante no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2014). Todos os municípios apresentaram necessidade de estabelecimento de fluxo de acompanhamento das crianças diagnosticadas com sífilis congênita. Vamos aqui denominar os municípios por letras: Recife (A), Jaboatão dos Guararapes (B), Olinda (C), Cabo de Santo Agostinha (D), São Lourenço da Mata (E), Camaragibe (F) e Igarassu (G).

Quadro 6 – Desafios identificados durante a implementação do projeto no município.

PROBLEMAS/DESAFIOS IDENTIFICADOS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO MUNICÍPIO.	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
a) Desconhecimento dos profissionais sobre diagnóstico, tratamento e notificação de sífilis e seguimento dos casos de sífilis;	X	X	X	0	0	X	X	5
b) Fragilidade na integração das ações de vigilância e atenção básica (planejamento, avaliação e monitoramento);	0	X	X	X	X	X	X	6
c) Fragilidade no estabelecimento de fluxos de realização e resultados de exames resultando em demora no início do tratamento;	0	X	X	X	X	X	X	6
d) Desconhecimento dos profissionais sobre os protocolos e Telelab;	0	X	X	0	0	X	X	4
e) Fragilidade dos Comitês de transmissão Vertical de Sífilis;	0	X	X	X	X	X	X	6
f) Necessidade de estabelecer estratégias para qualificar ações conjuntas AB/Laboratório e Vigilância;	0	X	X	X	X	X	X	6
g) Necessidade de estabelecer fluxo de acompanhamento da criança na Atenção Básica e atenção especializada.	X	X	X	X	X	X	X	7

Fonte: A autora, 2021. Baseado nas respostas do questionário aplicado.

Legenda: A - Recife; B - Jaboatão dos Guararapes; C - Olinda; D - Cabo de Santo Agostinho; E - São Lourenço da Mata; F - Camaragibe e G - Igarassu.

Nota: X - Possui o problema; 0 - Não possui o problema.

No quadro 7 podemos observar que não havia problemas na disponibilização da oferta da penicilina benzatina descentralizada para as ESFs na maioria dos municípios, com exceção de Jaboatão dos Guararapes e Igarassu que centralizavam o tratamento em Unidades Básicas de Saúde selecionadas. Porém, um ponto muito importante sinalizado por todos os municípios foi a resistência dos profissionais de saúde para administração da penicilina em estrutura da atenção básica, ponto este

já resguardado através da Portaria do CREMEPE Nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011 (CREMEPE, 2011) e Nota Técnica COFEN Nº 3/2017 (COFEN, 2017). Recife, Jaboatão, Olinda e Camaragibe ainda apresentaram resistência para a administração da penicilina sem a presença de um médico. Fato este, que não encontra respaldo desde que existe a Nota Técnica COFEN Nº 3/2017 que diz que a Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissional de enfermagem na APS mediante prescrição médica ou de enfermagem. A nota técnica também afirma que a ausência de médico na UBS não configura motivo para o profissional de enfermagem não administrar oportunamente a Penicilina Benzatina.

Quadro 7 – Desafios identificados no tratamento da sífilis durante a implementação do projeto no município.

PROBLEMAS/DESAFIOS IDENTIFICADOS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO MUNICÍPIO.	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
a) A gestão não disponibiliza a penicilina para todas as unidades de saúde da Atenção Básica;	0	0	0	0	0	0	0	0
b) A penicilina é administrada apenas no hospital ou em unidades de média/alta complexidade;	0	0	0	0	0	0	0	0
c) O Conselho Regional de Farmácia exige que tenha farmacêutico na unidade em que a penicilina será administrada;	0	0	0	0	0	0	0	0
d) Resistência dos profissionais de saúde para administração da penicilina no ambiente/estrutura das UBSs;	X	X	X	X	X	X	X	7
e) Resistência dos profissionais de saúde para administração da penicilina na ausência do médico;	X	X	X	0	0	X	0	4
f) A gestão centralizava a administração de penicilina em UBSs selecionadas; Era realizada apenas no Centro de Saúde da Mulher até 2018.	0	X	0	0	0	0	X	2

Fonte: A autora, 2021. Baseado nas respostas do questionário aplicado.

Legenda: A - Recife; B - Jaboatão dos Guararapes; C - Olinda; D - Cabo de Santo Agostinho; E - São Lourenço da Mata; F - Camaragibe e G - Igarassu.

Nota: X - Possui o problema; 0 - Não possui o problema.

Com relação às diversas áreas técnicas que colaboraram durante a implementação do projeto, existiu, com a formação dos grupos de trabalho, um grande envolvimento intersetorial, tendo menor expressão na área da saúde prisional, segundo o quadro 8. Os municípios de Recife e Camaragibe apresentaram menos áreas técnicas envolvidas no enfrentamento.

Quadro 8 – Áreas técnicas que colaboraram durante a implementação do projeto no município.

PROBLEMAS/DESAFIOS IDENTIFICADOS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO MUNICÍPIO.	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
a) Coordenação IST, HIV;	X	X	X	X	X	X	X	7
b) Coordenação da Atenção Básica;	X	X	X	X	X	X	X	7
c) Coordenação/Gerência de Vigilância em Saúde (e/ou Vigilância Epidemiológica);	X	X	X	X	X	X	X	7
d) Área técnica da Saúde da Mulher;	0	X	X	X	X	X	X	6
e) Área técnica da Saúde da Criança e do adolescente;	0	X	X	X	X	X	X	6
f) Área técnica de Planejamento em Saúde;	X	X	X	X	X	0	X	6
g) Área técnica de Saúde do Homem;	0	X	X	X	X	X	X	6
h) Área técnica de Saúde Bucal;	0	X	X	X	X	0	X	5
i) Área técnica de Saúde Prisional/Pessoas Privadas de liberdade (SMS);	0	X	0	X	X	0	X	4
j) Grupo Condutor Rede Cegonha: SMS	X	X	X	X	X	0	X	6
k) Programa saúde na Escola;	0	X	X	X	X	X	X	6
l) Programa Mais Médicos.	0	X	X	X	X	0	X	5

Fonte: A autora, 2021. Baseado nas respostas do questionário aplicado.

Legenda: A - Recife; B - Jaboatão dos Guararapes; C - Olinda; D - Cabo de Santo Agostinho; E - São Lourenço da Mata; F - Camaragibe e G - Igarassu.

Nota: X - Possui o problema; 0 - Não possui o problema.

Foram articuladas reuniões e palestras *in loco* nos municípios pelos conselhos regionais de enfermagem, medicina e odontologia para reforçar junto aos trabalhadores da saúde o compromisso e corresponsabilização no enfrentamento à sífilis, como pode ser observado no quadro 9. O conselho regional de farmácia foi o único que não aderiu em todos os municípios. As instituições de ensino superior que atuavam nos municípios também colaboraram com seminários e ações.

Quadro 9 – Setores estratégicos que apoiaram a implementação do projeto no município.

PROBLEMAS/DESAFIOS IDENTIFICADOS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO MUNICÍPIO.	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
a) Conselho Regional de Enfermagem;	X	X	X	X	X	X	X	7
b) Conselho Regional de Medicina;	X	X	X	X	X	X	X	7
c) Conselho Regional de Odontologia;	X	X	X	X	X	X	X	7
d) Conselho Regional de Farmácia;	0	0	0	0	0	0	0	0
e) Instituição de Ensino superior	0	X	X	X	X	0	X	5

Fonte: A autora, 2021. Baseado nas respostas do questionário aplicado.

Legenda: A - Recife; B - Jaboatão dos Guararapes; C - Olinda; D - Cabo de Santo Agostinho; E - São Lourenço da Mata; F - Camaragibe e G - Igarassu.

Nota: X - Possui o problema; 0 - Não possui o problema.

Para o reconhecimento da real amplitude do problema sífilis, se faz necessário um adequado registro nos sistemas de informação, preenchidos com informações acertadas extraídas das fichas de notificação compulsória. O quadro 10 exhibe alguns destes problemas, como a subnotificação, que prejudica o planejamento das ações voltadas aos locais de maior incidência. Todos os municípios, com exceção de Recife, referiram uma falta de integração entre a vigilância e a atenção básica, o que dificulta um processo de trabalho articulado. Normalmente há escassez de recursos humanos trabalhando no setor da vigilância epidemiológica municipal, prejudicando a busca ativa e seguimento clínico-laboratorial até o encerramento dos casos.

Quadro 10 – Problemas identificados na qualificação da informação durante a implementação do projeto no município.

PROBLEMAS/DESAFIOS IDENTIFICADOS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO MUNICÍPIO.	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
a) Subnotificação;	X	0	X	0	X	X	0	4
b) Falta de integração entre a vigilância e a atenção básica;	0	X	X	X	X	X	X	6
c) Fragilidade na investigação dos casos (falta de fluxo para investigação de casos no SUS e rede privada);	0	X	X	X	X	X	X	6
d) Fragilidade para acompanhamento dos casos;	0	X	X	0	0	X	X	4
e) Falta de capacitação para conduzir a vigilância;	0	0	0	0	0	0	0	0
f) Estrutura inadequada para garantia do trabalho em vigilância (recursos humanos, computador, internet);	0	X	X	0	0	X	X	4
g) Dificuldade em inserir dados no Sinan;	0	0	0	0	X	0	0	1
h) Falta de integração eSUS-AB e Sinan;	X	0	X	0	0	X	0	3

Fonte: A autora, 2021. Baseado nas respostas do questionário aplicado.

Legenda: A - Recife; B - Jaboatão dos Guararapes; C - Olinda; D - Cabo de Santo Agostinho; E - São Lourenço da Mata; F - Camaragibe e G - Igarassu.

Nota: X - Possui o problema; 0 - Não possui o problema.

5.4 EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA

A ocorrência da SC é um evento que pode ser eliminado em curto prazo mediante o diagnóstico precoce e tratamento adequado das gestantes com sífilis. Como uma gestação dura em média 40 semanas, ações estratégicas no cuidado integral podem resultar na redução imediata da taxa de incidência da SC. Sabendo que não existiu falta de insumos medicamentosos ou de testes diagnósticos para a doença no período da implantação do projeto “Sífilis Não” nos anos de 2018 a 2019, pode-se analisar os resultados observando o ano anterior à chegada do projeto em 2017 e comparar ao final de 2019.

A tabela 4 apresenta de maneira detalhada os indicadores de taxa de incidência de SC nos municípios considerados prioritários pelo projeto em Pernambuco. A tabela expõe também as taxas do estado de Pernambuco para fins de comparação, e do município de Petrolina, que apesar de não ter sido contemplado com um apoiador do MS para implantação do projeto, estava na lista de municípios prioritários.

Tabela 4 – Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 NV, segundo ano de diagnóstico.
Municípios do projeto “Sífilis Não” em Pernambuco, 2010 a 2019.

MUNICÍPIOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mudança de 2017 para 2019
Recife	4,5	5,0	6,1	6,3	7,7	7,8	8,1	13,5	34,4	35,0	aumento de 159,2%
Jaboatão dos Guararapes	5,4	6,9	6,4	9,1	15,1	12,9	16,1	18,6	23,6	19,3	aumento de 3,8%
Olinda	11,1	13,2	16,8	14,1	18	17,9	24,9	24,2	23,5	14,2	redução de 41,3%
Cabo de Santo Agostinho	2,1	1,2	2,7	6,7	8,5	9,4	11,6	10,7	9,6	12,2	aumento de 14,0%
São Lourenço da Mata	2,7	2,7	5,7	12,4	6,8	11,1	13,0	20,6	23,7	19,2	redução de 6,8%
Camaragibe	2,3	4,3	5,6	8,9	9,3	7,6	17,1	21,9	20,1	28,8	aumento de 31,5%
Igarassu	4,4	5,4	9,9	9,2	12,5	8,7	14,1	11,7	15,3	4,3	redução de 63,2%
Petrolina	0,0	1,6	4,3	8,3	8,4	7,6	5,9	9,3	11,1	10,7	aumento de 15,0%
Pernambuco	3,6	4,9	5,4	7,2	9	9,4	11,6	14,1	14,5	13,4	redução de 7,59%

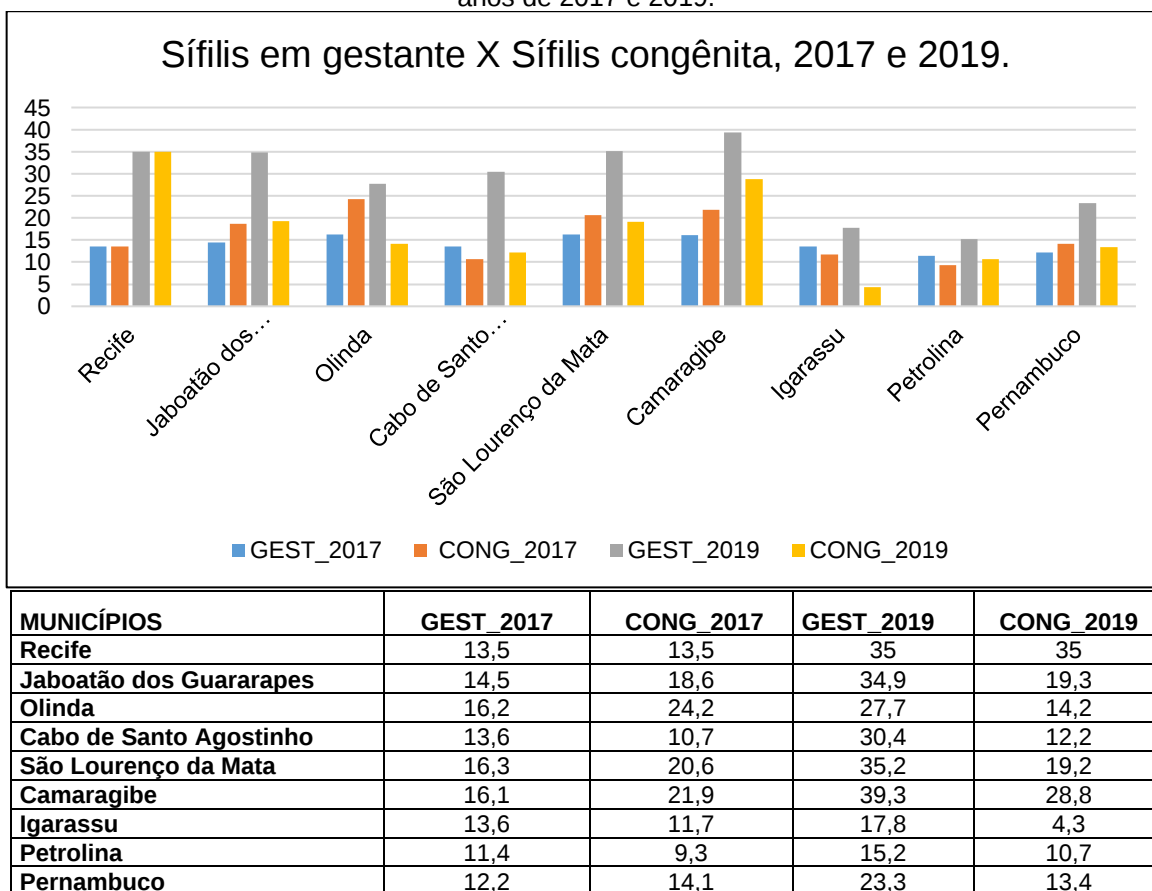
Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados captados em 20/01/2022.

Os municípios avaliados nesta pesquisa revelaram um comportamento ascendente na série histórica da incidência da taxa de sífilis congênita, que se intensificou após o ano de 2015, época em que existiu a restrição da oferta do insumo Penicilina Benzatina em todo o país. Somente os municípios de Olinda, São Lourenço da Mata e Igarassu obtiveram redução na taxa de incidência de SC à curto prazo de 2017 para 2019.

O percentual de cobertura da população pela APS no ano de 2019 em cada município poderia ser um fator importante na garantia do pré-natal com diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis. Os municípios de Igarassu e São Lourenço da Mata apresentavam cobertura de ESFs de 86,52% e 84,50% respectivamente, e obtiveram redução da taxa de incidência de SC em 2019, porém esta regra não se reflete no município de Camaragibe que tem a maior cobertura da APS (90%) e teve aumento da taxa de incidência, ou como no município de Olinda, que conseguiu apresentar uma redução na taxa, mesmo tendo a menor cobertura dentre todos.

O gráfico 3 exibe as taxas de incidência de SG comparadas às taxas de incidência de SC nos municípios prioritários do projeto e no estado de Pernambuco, nos anos de 2017 e 2019.

Gráfico 3 – Taxas de sífilis na gestação por 1.000 NV X taxa de sífilis congênita por 1.000 NV nos anos de 2017 e 2019.



Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados captados em 20/01/2022.

Ao analisar a taxa de SG no gráfico 3, nota-se que houve aumento de detecção entre os anos de 2017 e 2019, que podem corresponder a uma maior infecção da população, ou à melhoria nos registros das notificações compulsórias. Ao comparar num mesmo ano as taxas de incidência de SG e de SC, observamos que os municípios prioritários do projeto apresentavam taxas de SC mais elevadas que as de gestação em 2017. Fato este, que evidencia uma falha na assistência pré-natal. Já ao final do ano de 2019 todos os municípios da pesquisa já apresentavam uma relação invertida, como era de se esperar, onde existiam mais gestantes diagnosticadas e menos casos de transmissão vertical. Isto pode representar uma resposta imediata do fortalecimento da vigilância epidemiológica com aumento das notificações compulsórias ou melhoria na assistência da atenção pré-natal, ou ambas.

Para analisar esta relação entre a ocorrência da SG e o desfecho de um recém-nascido com SC, a tabela 5 traz uma outra perspectiva em números absolutos de casos notificados.

Tabela 5 – Número absoluto de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita 2017 a 2019.

MUNICÍPIOS	2017			2018			2019		
	casos SG	casos SC	% SC na pop. SG	casos SG	casos SC	% SC na pop. SG	casos SG	casos SC	% SC na pop. SG
Recife	308	694	225,32%	764	692	90,57%	831	585	70,39%
Jaboatão dos Guararapes	139	178	128,05%	276	229	82,97%	338	187	55,32%
Olinda	92	137	148,91%	182	130	71,42%	153	74	48,36%
Cabo de Santo Agostinho	42	33	78,57%	76	30	39,47%	96	36	37,50%
São Lourenço da Mata	26	33	126,92%	60	37	61,66%	55	30	54,54%
Camaragibe	36	49	136,11%	67	45	67,16%	86	64	74,42%
Igarassu	21	18	85,71%	50	25	50,00%	29	7	24,14%
Petrolina	72	58	80,55%	95	73	76,84%	101	69	6,83%
Pernambuco	1.655	1.921	116,07%	3.003	2.011	66,96%	3.113	1.793	57,60%

Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados captados em 01/02/2022.

Legenda: SG – sífilis em gestante; SC – sífilis congênita; pop.- população.

Ao considerar que o número de casos de SG notificados corresponde à população total de pessoas grávidas infectadas do município, é possível ponderar a quantidade de casos de SC evitados ou não. Desde a divulgação da Nota Informativa Nº 2/2017-SEI-DIAHV/SDS/MS (BRASIL, 2017b) em 13 de outubro de 2017, são notificadas como SG todos os casos diagnosticados no pré-natal, parto e/ou puerpério. Antes eram notificadas somente as diagnosticadas no pré-natal, fato que não permitia identificar toda a população de gestantes infectadas, pois não englobava as deficiências de acesso ou falhas de diagnóstico no pré-natal. Pela perspectiva atual, considerando que desde 2018 pode-se reconhecer toda a população de gestantes infectadas, são observados melhores resultados no que tange à evitabilidade da ocorrência de casos de SC como demonstra a tabela 5. A veracidade desta interpretação vai depender da confiabilidade nos registros dos dados de cada município.

Para melhor compreensão do contexto da ocorrência da SC, é importante apresentar algumas variáveis da ficha de notificação de SC dos municípios prioritários do projeto “Sífilis Não”, que contaram ou não com o apoio institucional. Para tal, foi levantado o perfil sociodemográfico das genitoras destas crianças no ano de 2019.

Tabela 6 – Perfil sociodemográfico das mães de crianças notificadas para sífilis congênita nos municípios prioritários do projeto “Sífilis Não” em 2019.

VARIÁVEIS 2019	Recife	Jaboatão	Olinda	Cabo	SLM	Camaragibe	Igarassu	Petrolina
faixa etária materna								
10 a 14	0,90%	0,50%	0,00%	0,00%	3,20%	0,00%	0,00%	2,90%
15 a 19	18,80%	18,40%	22,70%	16,70%	12,90%	15,60%	14,30%	18,80%
20 a 29	56,40%	53,20%	45,30%	44,40%	61,30%	57,80%	57,10%	47,80%
30 a 39	21,40%	14,20%	17,30%	22,20%	16,10%	15,60%	28,60%	24,60%
40 ou +	1,70%	3,20%	4,00%	5,60%	0,00%	4,70%	0,00%	5,80%
ignorado	0,90%	10,50%	10,70%	11,10%	6,50%	6,30%	0,00%	0,00%
escolaridade								
analfabeto	0,50%	2,10%	0,00%	0,00%	0,00%	4,70%	0,00%	0,00%
1ª- 4ª série incompleta	5,30%	4,20%	17,30%	2,80%	6,50%	0,00%	14,30%	11,60%
4ª série completa	3,90%	4,70%	0,00%	8,30%	0,00%	6,30%	0,00%	2,90%
5ª a 8ª série incompleta	30,10%	22,60%	26,70%	25,00%	16,10%	25,00%	14,30%	29,00%
fundamental completo	7,40%	10,00%	8,00%	8,30%	16,10%	12,50%	0,00%	0,00%
médio incompleto	13,50%	12,10%	13,30%	11,90%	9,70%	10,90%	0,00%	10,10%
médio completo	21,50%	16,30%	12,00%	19,40%	19,40%	18,80%	57,10%	15,90%
superior incompleto	1,50%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%
superior completo	0,70%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
não se aplica	0,20%	0,50%	1,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ignorado	15,40%	25,30%	21,30%	25,00%	32,30%	21,90%	14,30%	29,00%
raça/cor								
branca	9,60%	6,80%	5,30%	13,90%	16,10%	14,10%	14,30%	2,90%
preta	8,40%	7,40%	10,70%	5,60%	0,00%	7,80%	0,00%	7,20%
amarela	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
parda	76,10%	68,90%	76,00%	63,90%	67,70%	75,00%	71,40%	87,00%
indígena	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ignorada	5,30%	16,80%	8,00%	16,70%	16,10%	3,10%	14,30%	2,90%

Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados captados em 20/01/2022.

Legenda: SLM – São Lourenço da Mata.

Observa-se na tabela 6 que em todos os municípios, as genitoras das crianças diagnosticadas com SC são predominantemente da faixa etária entre 20 e 29 anos, com ensino fundamental incompleto e da raça parda.

Para analisar possíveis melhorias na assistência após a implantação do projeto, foi comparado nas tabelas 7 e 8, entre os anos de 2017 e 2019, a atuação dos municípios quanto ao diagnóstico, tratamento e ocorrência de óbito por SC.

Tabela 7 – Assistência pré-natal, diagnóstico e tratamento das mães de crianças notificadas para sífilis congênita, e ocorrência de óbito por sífilis congênita nos municípios de Recife, Jaboatão, Olinda e Cabo nos anos de 2017 e 2019.

	RECIFE		JABOATÃO		OLINDA		CABO	
fez pré-natal	2017	2019	2017	2019	2017	2019	2017	2019
sim	70,30%	73,20%	77,00%	61,60%	71,70%	69,30%	84,80%	83,30%
não	11,50%	11,60%	12,40%	14,20%	15,90%	20,00%	12,10%	0,00%
ignorado	18,20%	15,20%	10,70%	24,20%	12,30%	10,70%	3,00%	16,70%
momento do diagnóstico								
durante o pré-natal	39,60%	42,10%	38,20%	39,50%	37,70%	32,00%	39,40%	41,70%
no parto/ curetagem	51,20%	50,80%	52,80%	52,60%	35,50%	48,00%	48,50%	41,70%
após o parto	2,30%	2,20%	4,50%	2,10%	19,60%	10,70%	9,10%	0,00%
não realizado	0,40%	0,20%	0,60%	0,00%	0,70%	1,30%	0,00%	0,00%
ignorado	6,50%	4,80%	3,90%	5,80%	6,50%	8,00%	3,00%	16,70%
esquema de tratamento								
adequado	1,90%	3,90%	1,70%	2,10%	0,70%	1,30%	6,10%	5,60%
inadequado	48,60%	66,20%	51,70%	68,90%	72,50%	70,70%	63,60%	69,90%
não realizado	20,7%	16,90%	29,80%	10,50%	11,60%	20,00%	18,20%	5,60%
ignorado	28,80%	13,00%	16,90%	18,40%	15,20%	8,00%	12,10%	19,90%
óbito por SC	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados captados em 20/01/2022.

Tabela 8 – Assistência pré-natal, diagnóstico e tratamento das mães de crianças notificadas para sífilis congênita, e ocorrência de óbito por sífilis congênita nos municípios de São Lourenço da Mata, Camaragibe, Igarassu e Petrolina nos anos de 2017 e 2019.

	SLM		CAMARAGIBE		IGARASSU		PETROLINA	
fez pré-natal	2017	2019	2017	2019	2017	2019	2017	2019
sim	75,80%	74,20%	75,50%	79,70%	77,80%	100,00%	87,90%	94,20%
não	12,10%	12,90%	10,20%	6,30%	11,10%	0,00%	10,30%	2,90%
ignorado	12,10%	12,90%	14,30%	14,10%	11,10%	0,00%	1,70%	2,90%
momento do diagnóstico								
durante o pré-natal	48,50%	32,30%	51,00%	42,20%	38,90%	28,60%	53,40%	69,60%
no parto/ curetagem	45,50%	45,20%	42,90%	51,60%	44,40%	57,10%	20,70%	26,10%
após o parto	6,10%	6,50%	2,00%	1,60%	11,10%	14,30%	19,00%	4,30%
não realizado	0,00%	3,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,40%	0,00%
ignorado	0,00%	12,90%	4,10%	4,70%	5,60%	0,00%	3,40%	0,00%
esquema de tratamento								
adequado	0,00%	6,50%	2,00%	6,30%	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%
inadequado	75,80%	77,40%	61,20%	79,70%	61,10%	71,40%	70,70%	69,60%
não realizado	3,00%	3,20%	16,30%	9,40%	11,10%	0,00%	27,60%	21,70%
ignorado	21,20%	12,90%	20,40%	4,70%	27,80%	28,60%	1,70%	7,20%
óbito por SC	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/Sinan (BRASIL, 2019b). Dados captados em 20/01/2022.

Todos os municípios apresentaram percentual alto de gestantes que realizaram pré-natal e mesmo assim não foram capazes de impedir a ocorrência da SC. A maioria dos municípios teve o diagnóstico tardio feito no parto ou puerpério (até 42 dias após o parto), assim como, tratamento inadequado da doença. Estes dados reiteram a falha na assistência pré-natal. Os municípios não apresentaram casos de óbito por SC no período estudado.

A disponibilização de testes rápidos para diagnóstico de sífilis nas UBSs tem sido ampliada por parte do MS. A tabela 9 demonstra o importante acréscimo da oferta de testes relacionado ao incremento na detecção de novos casos de SA e SG.

Tabela 9 – Testes Rápidos para sífilis realizados nos municípios do projeto “Sífilis Não” X percentual de detecção de casos de sífilis adquirida e sífilis em gestantes, 2017-2019.

MUNICÍPIOS	2017			2018			2019		
	TR	SA	SG	TR	SA	SG	TR	SA	SG
RECIFE	49.748	385 (0,77%)	308 (0,61%)	75.304	2.132 (2,83%)	764 (1,01%)	54.817	2.090 (3,81%)	831 (1,51%)
OLINDA	8.391	82 (0,97%)	92 (1,09%)	17.286	377 (2,18%)	182 (1,05%)	17.170	452 (2,63%)	153 (0,89%)
JABOATÃO	19.350	452 (2,33%)	139 (0,71%)	25.376	569 (2,24%)	277 (1,09%)	24.631	684 (2,77%)	340 (1,38%)
CABO	8.855	99 (1,12%)	42 (0,47%)	13.152	130 (0,09%)	76 (0,58%)	17.837	795 (4,45%)	96 (0,39%)
IGARASSU	4.445	51 (1,15%)	21 (0,47%)	8.741	347 (3,97%)	50 (0,57%)	7.935	178 (2,24%)	29 (0,36%)
SÃO LOURENÇO	1.632	52 (3,19%)	26 (1,59%)	9.366	172 (1,84%)	60 (0,64%)	8.960	140 (1,56%)	55 (0,61%)
CAMARAGIBE	1.937	57 (2,94%)	36 (1,86%)	3.685	115 (3,12%)	67 (1,82%)	5.177	152 (2,94%)	86 (1,66%)

Fonte: A autora, 2021. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Sinan.

Dados captados em 16/12/2021.

Legenda: TR – testes rápidos; SA- sífilis adquirida; SG -sífilis em gestante

Nota: A secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco informou que o município de Recife a partir do ano de 2019 optou por receber os testes rápidos diretamente do Ministério da Saúde, e, portanto, os números deste ano se referem apenas às unidades não vinculadas à gestão municipal.

6 DISCUSSÃO

A observação da evolução da incidência da sífilis em Pernambuco, nos anos de 2010 a 2019, apresentou tendência crescente com progressiva interiorização da doença no Estado. Tal situação corrobora com estudo semelhante que analisou o estado de Pernambuco dos anos de 2012 a 2017 (SILVA *et al.*, 2019), e trouxe um aspecto relevante ao observar incidências mais elevadas da SC que as da SA e SG como encontrado na pesquisa. Esta ocorrência sugere falha diagnóstica e de tratamento das gestantes e parcerias, observação demonstrada em outros estudos (NASCIMENTO, 2019; FARIAS, 2017; DE FARIAS *et al.*, 2020; SOBRINHO; LIMA; GUIMARÃES, 2020; VALENTIM *et al.*, 2021a; 2021b; 2022c). Entretanto, é levantada a possibilidade de que o aumento das taxas de incidência de SC possa estar relacionado ao crescimento das notificações no período (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

A partir dos resultados da análise de autocorrelação espacial foi identificado um agrupamento (*cluster*) de municípios prioritários no enfrentamento à SA, SG e SC, concentrados na I, II, IV e XII Regiões de Saúde, no ano de 2019. Outro estudo realizou análise similar em Pernambuco, mas somente para a SC, nos triênios 2012-2014 e 2015-2017, cujos resultados encontraram locais prioritários para o controle da SC nas Regiões de Saúde Metropolitana, Zona da Mata e Agreste (SILVA *et al.*, 2019). Outra pesquisa também demonstrou resultados parecidos de maiores incidências de SC concentrados na I Região de Saúde de Pernambuco (FARIAS, 2017). A Macrorregião Metropolitana tem a característica de possuir os municípios com maior população e densidade demográfica do Estado. A identificação dos municípios críticos serve para o planejamento de intervenções, assim como, para reforçar o sistema de vigilância na detecção e tratamento precoce. A identificação das microrregiões com maiores taxas de incidência é uma ferramenta essencial para a elaboração de políticas públicas (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Nesta pesquisa prevaleceram mães com idade entre 20 e 29 anos, raça parda, com ensino fundamental incompleto, que realizaram o pré-natal com tratamento inadequado, fato também apontado em outros estudos (KROEGER *et al.*, 2018; CARDOSO *et al.*, 2018; SOBRINHO; LIMA; GUIMARÃES, 2020). Uma série de situações extrapolam o estilo de vida da gestante e parceria, aumentam a vulnerabilidade destas mulheres e dificultam a erradicação da SC. Situações que

incluem aspectos sociopolíticos e culturais, bem como dificuldades de acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (NKAMBA *et al.*, 2017; ARAÚJO JÚNIOR, 2019).

A utilização do modelo lógico na análise de implantação do projeto “Sífilis Não” foi importante para verificar quais ações estratégicas foram realizadas e quais ficaram abaixo do padrão esperado. A seguir será feita uma discussão por eixo de atenção do modelo lógico com base nos resultados encontrados.

No eixo cuidado integral, apesar da boa cobertura pré-natal e ampliação da testagem para sífilis, ainda persistem falhas que expõem uma necessidade de qualificação na assistência para redução da SC.

Algumas pesquisas sinalizam que apesar do aumento de cobertura pré-natal e da testagem para sífilis, ainda persistem desigualdades regionais e sociais de acesso aos serviços de saúde. As dificuldades na assistência, como o não tratamento do parceiro, enfraquecem o enfrentamento à SC no Brasil. Se faz necessário uma avaliação da qualidade da assistência prestada e realizar ações interconsultas para contribuir no controle e prevenção de desfechos adversos (MAGALHÃES *et al.*, 2011; BENEDETTI *et al.*, 2019; MACÊDO *et al.*, 2009). Estratégias de ação são necessárias, com melhorias na rede de apoio para o manejo da SG e sua parceria (DOMINGUES *et al.*, 2013, 2014).

Muitas lacunas no manejo da SG existem, mesmo em locais com recursos adequados e existência de protocolos atuais. Estudo realizado na Macrorregião do Sertão de Pernambuco, no período de 2008 a 2017, considerou o desempenho dos serviços de saúde insatisfatório nos quesitos efetividade no número de casos novos sífilis congênita (PARENTE; SANTANA; OLIVEIRA, 2021). Outro estudo avaliou quatro maternidades do Nordeste brasileiro e apontou a fragilidade dos serviços no que se refere a uma assistência de qualidade, com um risco de tratamento ineficaz (MACÊDO *et al.*, 2009).

A qualidade da assistência prestada no pré-natal e vinculação da gestante e parcerias, são desafios encarados pelos profissionais da APS, estando intimamente relacionados ao problema da SC. Dentre os desafios estão: desconhecimento da doença, baixa condição socioeconômica, riscos e vulnerabilidades, terapia medicamentosa dolorosa à administração e seguimento do tratamento (VASCONCELOS, 2017; CARDOSO *et al.*, 2018).

Ainda persiste um percentual expressivo de diagnóstico tardio da SG. O rastreio e tratamento da SG na primeira consulta pré-natal, no terceiro trimestre e no parto é recomendado amplamente em diversos protocolos permitindo a prevenção de eventos adversos perinatais (INTROCASO *et al.*, 2013; ABALOS *et al.*, 2016; WHO, 2017; DE PRÉVILLE *et al.*, 2017; TRINH *et al.*, 2019; RICCO, 2020). Na maioria dos casos oportunidades são perdidas pelos cuidadores em prevenir a SC (PATEL *et al.*, 2012). Alguns estados dos Estados Unidos da América incluem punições (penalidades civis, criminais e cassação de licença) aos provedores por não realizarem o rastreamento para SC no pré-natal (WARREN *et al.*, 2018).

Poucos gestores investem na estratégia dos comitês de investigação de transmissão vertical. A fragilidade na composição e atuação destes comitês interfere no enfrentamento do agravo. A investigação de transmissão vertical da SC possibilita mapear os problemas e recomendar soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido (BRASIL, 2014). Estudo sobre a situação destes comitês a partir da implantação do projeto “Sífilis Não” apresenta entre as dificuldades a falta de recursos humanos (MARECO, 2021). A eliminação da SC requer revisão dos casos com identificação de práticas inadequadas de rastreamento e tratamento. O compartilhamento destes achados com os profissionais responsáveis pode trazer mudanças de condutas e prevenir futuros casos (RAHMAN *et al.*, 2019; HERRERA-ORTIZ *et al.*, 2019).

As ações propostas no eixo educomunicação têm o papel de combater o desconhecimento dos profissionais e da população na condução da doença, sobre o risco de contágio, sinais e sintomas. Entre os desafios do projeto, se apresentou a pouca informação e preparo entre os profissionais de saúde, além do desconhecimento da população sobre a doença. A comunicação e educação constante dos trabalhadores e da população são pilares para a vigilância em saúde e um desafio mediante conhecimentos que se renovam constantemente. É necessário fortalecer o elo entre informação, comunicação, saúde e educação para que de fato as campanhas e ações exerçam o papel de educar e não simplesmente informar. Experiências locais positivas com participação popular devem ser analisadas para que configurem dispositivos de mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde (CECCIM, 2005; DOS SANTOS PEREIRA; CADAXA; PAZ, 2019; VALENTIM *et al.*, 2022c).

O déficit de conhecimento no manejo da sífilis gestacional deve ser combatido com formação intensiva de ações de educação permanente dirigidas aos profissionais de saúde, em especial, os lotados na APS, assegurando profissionais qualificados para o exercício de suas atribuições. A estigmatização de ser uma portadora de IST, o desconhecimento das consequências e tratamento da sífilis são barreiras a serem superadas (GARCÉS *et al.*, 2017; NKAMBA *et al.*, 2017; CARNEIRO; DOS SANTOS, 2020).

A resistência dos profissionais de saúde para administração da penicilina em estrutura da APS cria barreiras ao tratamento oportuno, sendo esta uma das inúmeras causas encontradas que pesam na ineficácia em eliminar a transmissão vertical da sífilis. Alguns profissionais alegam preocupação com a segurança na utilização da Penicilina Benzatina em locais de baixos recursos caso haja história de alergia à droga. É estimado que 90% dos casos reportados são erroneamente rotulados devido a confusões entre as reações e sintomas da doença. Revisões sistemáticas demonstram ausência de incidência de reações adversas graves na gestação (GALVÃO, 2013).

No eixo gestão e governança, foram encontradas fragilidades na integração de ações, estabelecimentos de fluxos e monitoramento, que impactam diretamente na garantia do cuidado integral. A construção de coletivos de trabalho que se fortaleçam uns nos outros é recomendada para maior resolutividade dos problemas. Deve haver uma troca de saberes e experiências entre os atores que se articulam (Sociedade, Governo, Setor Privado, trabalhador, e assim por diante), para obter efeito coletivo e simultâneo em situações difíceis e motivar as relações (GÓES & MACHADO, 2013).

A pouca articulação da gestão em ações voltadas para populações chave contribui para manutenção de barreiras estruturais de acesso à assistência à saúde. Os profissionais devem expandir seus conhecimentos acerca dos fatores de risco para sífilis e outras ISTs em populações desassistidas. Além disso, defender a superação de barreiras estruturais ao acesso aos cuidados pré-natais como pobreza, racismo e falta de confiança nos profissionais de saúde. Deve-se então apostar na articulação da resposta à sífilis nas redes de atenção com participação direta das organizações de base comunitária e estabelecer meios de fortalecimento através de ferramentas tecnológicas que sirvam para utilização de gestores,

profissionais de saúde e população geral (VALENTIM, 2017; VALENTIM *et al.*, 2021a; 2021b; 2022c; LIN, 2020).

Estratégias que vão além da descentralização organizacional do sistema e que invistam na equidade regional, a fim de superar as dificuldades do financiamento da saúde no cenário atual são necessárias. Pesquisa na China propõe estratégias políticas de controle da Sífilis em quatro frentes, consistindo em maior cobertura pré-natal, maior conclusão de tratamento, rastreio mais precoce e melhores características de testes foram associados a uma redução de 85% da SC (TAN *et al.*, 2013). Para alcançar a eliminação da SC é necessário apoio técnico, financiamento e compromisso entre as autoridades de saúde e o público (HOSSAIN; BROUTET; HAWKES, 2007).

No eixo vigilância em saúde, foi observado a pouca articulação entre a vigilância epidemiológica e a APS. O planejamento exige a formação dos grupos de trabalho e um grande envolvimento intersetorial. Um adequado registro nos sistemas de informação se faz necessário, com informações acertadas extraídas das fichas de notificação compulsória. A má manutenção nos registros pode comprometer a organização e o planejamento da assistência (BENEDETTI *et al.*, 2019).

7 CONCLUSÃO

O trabalho teve como objetivo fazer uma análise exploratória da sífilis em Pernambuco e analisar o grau de implantação do projeto “Sífilis Não” nos sete municípios contemplados, relacionando com os efeitos a curto prazo na incidência de SC. Dos resultados apresentados se conclui que existe grande concentração de incidência na Macrorregião Metropolitana, sendo local estratégico para direcionamento de ações de enfrentamento à doença. O projeto foi considerado implantado, porém, somente três municípios alcançaram redução na taxa de incidência de SC. Não foi possível correlacionar os efeitos das ações realizadas com os resultados diretos a curto prazo na redução das taxas de incidência da SC. Todavia, na análise da correlação direta entre casos de SG e SC no mesmo ano, observou-se incremento na evitabilidade de ocorrência de SC.

Dentre os desafios na implantação do projeto e na análise do perfil das genitoras das crianças com SC, se destacaram as falhas nas ações de cuidado integral, em especial no pré-natal, reiterando a necessidade de ampliar esforços na garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento oportunos, com monitoramento até a cura.

Para o sucesso das políticas públicas de saúde se faz necessário renovar o empenho a cada ano para uma melhor sensibilização, formação e colaboração dos cuidadores perinatais. Planos precisam ser revisitados, reavaliando quais pontos necessitam de reforço, tratar preventivamente situações de alertas epidemiológicos e identificar potenciais riscos e lacunas na rede de atenção à saúde relacionadas às barreiras de acesso aos serviços de saúde, que possam ser mitigados com a adoção de ações proativas.

Apesar das limitações com relação aos dados, o presente estudo representa uma aproximação da situação de saúde com relação ao enfrentamento da sífilis nos municípios prioritários. Pretende servir como subsídio aos encaminhamentos dos gestores e profissionais da saúde, assim como, compreensão do cenário atual. Por fim, vale ressaltar que outros estudos deverão ser realizados para uma compreensão mais ampla da situação de saúde e de quais são as melhores estratégias a serem adotadas para o enfrentamento desta epidemia.

REFERÊNCIAS

ABALOS, E. *et al.* Cuidados pré-natais para mulheres grávidas saudáveis: um mapeamento de intervenções de diretrizes existentes para informar o desenvolvimento de novas orientações da OMS sobre cuidados pré-natais. *BJOG: Um Jornal Internacional de Obstetrícia e Ginecologia*, v. 123, n. 4, 2016. p. 519-528.

ARAÚJO JUNIOR, D.G. Vulnerabilidade à transmissão vertical da sífilis: situações programáticas da atenção primária à saúde vivenciadas por gestante no pré-natal. 2019. 117 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2019.

BENEDETTI, K. C. S. V. *et al.* High Prevalence of Syphilis and Inadequate Prenatal Care in Brazilian Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 101, n. 4, 2019. p. 761-766.

BEZERRA, M. L. de M. B. *et al.* Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerging infectious diseases*, v. 25, n. 8, 2019. p. 1469.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. 3ª edição. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo de investigação de transmissão vertical. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos. Nota Informativa Conjunta Nº 109/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-conjunta-no-109105gabsvsms-gabsctiems>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Presidência da república. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos jurídicos. Lei Nº 13.430 de 31 de março de 2017. Institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis Congênita. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13430.htm>. Acesso em: 21 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Informativa Nº 2/2017-SEI-DIAHV/SDS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Informativa Nº 4/2018-SEI-DIAHV/SDS/MS. Distribuição de benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI e benzilpenicilina cristalina/potássica 5.000.000 UI para as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos Estados e do Distrito Federal. Brasília, 2018a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-042018-diahvsms>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Ministério da fazenda. Avaliação de políticas Públicas. Guia prático de análise ex post. Vol.2. Casa Civil da Presidência da República, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. SINANWEB. Indicadores dos Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. 2019b. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). p. 55. Brasília; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Número especial, outubro de 2021. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BUNGE, M. Os conceitos de modelo. Modelos na ciência teórica. In: BUNGE, M. Teoria e realidade. Perspectiva. São Paulo, 1974. p. 11-40.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, 2018. p. 563-574.

CARNEIRO, C. V.; DOS SANTOS, A. S. D. Projeto “Sífilis Não”: O potencial da educação permanente para resposta rápida à sífilis nas redes de atenção em Goiânia/Go. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde-ISSN: 2236-1103*, v. 10, n. 4, 2020. p. 10-10.

CASSIOLATO, M. G. S. Nota Técnica. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nº 7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA. Brasília, 2010.

CAMPOS, G. W. de S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*. Vol. 18, supl. 1, Botucatu, 2014. p. 983-995.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. p. 161-168.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Nota Técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Resolução CIT Nº 08, de 24 de novembro de 2016. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-n-205-publicada-resolucao-cit-n-8-que-dispoe-sobre-o-processo-de-pactuacao-interfederativa-de-indicadores-para-o-periodo-2017-2021-relacionados-prioridades-nacionais-e/>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de saúde pública*, v. 19, 2003. p. 395-406.

CREMEPE. Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco. Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Recife, 2011. Disponível em: <<https://www.cremepe.org.br/2014/08/06/ementa-desde-que-garantido-as-condicoes-para-o-atendimento-de-qualsquer-intercorrencias-nao-somente-com-relacao-a-penicilina-benzatina-como-a-qualquer-outra-medicacao-os-profissionais-medicos-das-u/>>. Acesso em: 19 jan.2022.

CRUZ, M. M. da; SANTOS, E. M. dos; MONTEIRO, S. Evaluation of STD/AIDS prevention programs: a review of approaches and methodologies. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 5, 2007. p. 995-1003.

DA CUNHA, C. G. S. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. *Revista Estudos de Planejamento*, n. 12, 2018.

DE FARIAS, S. J. M. *et al.* Tendência da taxa de incidência de sífilis congênita em Pernambuco de 2009 a 2018. In: II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR. 2020.

DE PRÉVILLE, M. L. C. *et al.* Avaliação do manejo de gestações e lactentes de risco para sífilis congênita: La Réunion, 2008 a 2014. *Journal of Perinatology*, v. 37, n. 2, 2017. p. 116-121.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Ver. Saúde Pública*. 2013. 47 (1): 147-57.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 5, out.

2014. p. 766-774. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000500766&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 20 fev. 2021.

DOS SANTOS PEREIRA, E. D; CADAXA, A; PAZ, J. Comunicação em saúde para Sífilis: Levantamento de Ações de Comunicação Municipais a partir do olhar dos Apoiadores do projeto resposta rápida à sífilis. Revista Brasileira de inovação tecnológica em saúde-ISSN:2236-1103, 2019.

FARIAS, N. L. L. de. Sífilis congênita em Pernambuco: influência dos fatores sociodemográficos e assistenciais. Recife, 2017.

FIGUEIREDO, M. S. N *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. Rev Rene. v. 16, n. 3, 2015. p. 345-354.

FORTE, S. H. A. C. Manual de Elaboração de Tese, Dissertação e Monografias. 4. ed. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2004.

FUNPEC. Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura. Lembre-se de se cuidar, sífilis: teste, trate e cure. Sífilis não. Disponível em: <https://sifilisnao.com.br/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

GALVÃO, T. F. Safety of Benzathine Penicilin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. PLoS One, v. 8, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056463>>. Acesso em: 05 fev. 2021.

GARCÉS *et al.*, J. P. Educating health workers is key in congenital syphilis elimination in Colombia. Biomedica. Sep 1;37(3), 2017. P. 416-424.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GÓES, F.T. & MACHADO, L.R.S. Políticas Educativas, Intersetorialidade e Desenvolvimento Local. Educação & Realidade, v. 38, n. 2, 2013. p. 627-648.

HARTZ, Z. M. A., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. P. 132. ISBN 85-85676- 36-1. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 18 fev. 2021.

HERRERA-ORTIZ, A. *et al.* Sífilis congênita no México. Análise de normas nacionais e internacionais na perspectiva do diagnóstico laboratorial. Gac Med Mex, v. 155, 2019. p. 430-438.

HM TREASURY – HER MAJESTY'S TREASURY. The Magenta Book: guidance notes for policy for evaluation. Londres, 2020. Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/879438/HMT_Magenta_Book.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

HOSSAIN, M.; BROUTET, N.; HAWKES, S. The elimination of congenital syphilis: a comparison of the proposed World Health Organization action plan for the elimination of congenital syphilis with existing national maternal and congenital syphilis policies. *Sex Transm Dis*. 2007. Jul;34(7 Suppl): S22-30.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal do Governo Brasileiro. Cidades e Estados. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>. Dados captados em 04/12/2021>. Acesso em: 21 jan. 2022.

INTROCASO, C. E. *et al.* Oportunidades perdidas para prevenir a infecção por sífilis congênita. *Doenças sexualmente transmissíveis*, v. 40, n. 5, 2013. p. 431.

KROEGER *et al.*, K. A. Pathways to Congenital Syphilis Prevention: A Rapid Qualitative Assessment of Barriers, and the Public Health Response, in Caddo Parish, Louisiana. *Sex Transm Dis*. 2018. Jul. 45(7):442-446.

LIN, K. W. Fechando as lacunas da atenção primária e pré-natal para prevenir a sífilis congênita. *American Family Physician*, v. 102, n. 2, 2020. p. 78-79.

LUCAS, M.C.V. *et al.* A Experiência de Apoio Institucional no Projeto de Resposta Rápida ao Enfrentamento da Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, Natal/RN, v. 9, n. 2, 2019. p. 9-25. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/18679/12013>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MACÊDO, V. C. de *et al.* Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, 2009. p. 1679-1692.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua eficiência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde – 22. Sup. 1*, 2011. P. 43-54.

MARECO, Thereza Cristina de Souza *et al.* Prevention of vertical transmission in the "Syphilis No!" Project: a study on the specificities of the investigation committees/space in the North Region of Brazil. *DST j. bras. doenças sex. transm*, 2021. p. 1-8.

MEDINA, M.G., *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M. A., and SILVA, L. M. V. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MENDES, M. D. S. *et al.* Análise espacial da tuberculose em menores de 15 anos de idade e risco socioeconômico: um estudo ecológico na Paraíba, 2007-20016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. V. 30, 2021.

NASCIMENTO, R. G. C. do. Sífilis congênita e sífilis em gestante em Pernambuco: uma análise das notificações. *Trabalho de Conclusão de Curso*. 2019.

NETO, J. B. A. *et al.* Testes Rápidos de Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, Natal/RN, v. 9, n. 2, 2019. p. 26-32.

NKAMBA *et al.*, D. Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. *BMC Health Serv Res.* 2017. Aug 14;17(1):556.

PARENTE, A. S.; SANTANA, A. S. R. de; OLIVEIRA, S. R. de A. Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde em Debate*, v. 45, 2021. p. 300-314.

PASSOS, M. R. L. *et al.* Syphilis, history, science, and arts: syphilis history calendar. *DST j. bras. doenças sex. transm.*, 2021. p. 1-20.

PATEL, S. J. *et al.* Oportunidades perdidas para prevenir a infecção por sífilis congênita na cidade de Nova York. *Obstetrics & Gynecology*, v. 120, n. 4, 2012. p. 882-888.

PAIXAO, L. & TAVARES, M. de F. L. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 1, 2014. p. 845-858.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano de Enfrentamento, Prevenção e Controle da Sífilis em Pernambuco. Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos. Gerência de Prevenção e Controle das DST/AIDS. Julho, 2015.

RAHMAN, M. M. *et al.* Prevenção da sífilis congênita – oportunidades identificadas pelos comitês de revisão de casos de sífilis congênita. *Doenças sexualmente transmissíveis*, v. 46, n. 2, 2019. p. 139-142.

RICCO, J.; WESTBY, A. Sífilis: longe da história antiga. *médico de família americano*, v. 102, n. 2, 2020. p. 91-98.

ROWAN, M.S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 15, n. 2, 2000. p. 91-98.

SARACENI, V.; LEAL, M. do C.; HARTZ, Z. M. de A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, 2005. p. 263-273

SILVA, M. R. F. *et al.* Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev APS.* v. 13, n. 3, 2010. p. 301-309.

SILVA, L. B. D. Análise espacial dos casos de tuberculose na Rocinha, no período de 2007 a 2013. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, A. P. de S. C. *et al.* PADRÃO ESPACIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2012–2017. *Patologia: Doenças Bacterianas e fúngicas*. Ed. Atena, v. III, 2019. p. 1-388–416. Disponível em: <<https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/8759>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SOBRINHO, F. F. A.; LIMA, S. M. M.; GUIMARÃES, T. M. M. Caracterização da sífilis gestacional em um município prioritário do projeto ‘sífilis não’. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, p. e8889109414-e8889109414, 2020.

TAN *et al.*, N. X. Prioritizing congenital syphilis control in south China: a decision analytic model to inform policy implementation. *PLoS Med.* 2013.

TEIXEIRA, L. O. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, 2018. p. 2587-2597.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de saúde pública*, v. 33, 2017.

TRINH, T. *et al.* Manejo da sífilis na gravidez: uma revisão das recomendações de diretrizes de países ao redor do mundo. *Assuntos de saúde sexual e reprodutiva*, v. 27, n. 1, 2019. p. 69-82.

TUCKER, J. D.; COHEN, M. S. China's syphilis epidemic: epidemiology, proximate determinants of spread, and control responses. *Current opinion in infectious diseases*, v. 24, n. 1, 2011. p. 50.

UFRN. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. NESC. LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA. LAIS. PROJETO SÍFILIS NÃO. Análise da situação de saúde dos municípios integrantes da estratégia de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção no Brasil. 3ª ed. 2010 a 2019. Natal, 2020.

VALENTIM, R. A. DE M. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. UFRN. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde. LAIS. Secretaria de educação a Distância. SEDIS. Plano de Trabalho do Projeto de Pesquisa Aplicada para Integração Inteligente Orientada ao Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à sífilis. Natal, 2017.

VALENTIM, R. A. DE M. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. UFRN. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde. LAIS. Secretaria de educação a Distância. SEDIS. Relatório Técnico Pesquisa Aplicada para Integração Inteligente Orientada ao Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à sífilis. Natal, 2019.

VALENTIM, R. A. de M. *et al.* Caderno do I workshop de pesquisas do projeto “Sífilis Não”. SEDIS-UFRN. 1. Ed. Natal, 2021a. Disponível em: < <https://sifilisnao.com.br/>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

VALENTIM, R. A. de M. *et al.* Caderno do II workshop de pesquisas do projeto “Sífilis Não”. SEDIS-UFRN. 1. Ed. Natal, 2021b. Disponível em: < <https://sifilisnao.com.br/>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

VALENTIM, R. A. de M. *et al.* Caderno do III workshop de pesquisas do projeto “Sífilis Não”. SEDIS-UFRN. 1. Ed. Natal, 2021c. Disponível em: < <https://sifilisnao.com.br/>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 29, 2017. p. 85-92.

WARREN, H. P. *et al.* State Requirements for Prenatal Syphilis Screening in the United States, 2016. Matern Child Health J. 2018. Sep;22(9):1227-1232.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação, 2008. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/pt/>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). World Health Organization, 2016a. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021. Towards ending STIs. World Health Organization, 2016b. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>>. Acesso em: 12 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259003/9789241550093-eng.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO AOS APOIADORES INSTITUCIONAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS (AVALIAÇÃO 2018 A 2019)

- Informar seu nome completo

- Formação básica (graduação)

- Pós-graduação

- Qual município você trabalhou como apoiador ministerial? (OBS - Se trabalhou em mais de um município, preencher um questionário para cada município).

- Qual foi o início da data de sua atividade no(s) municípios (mês/ano)?

- Qual o número de Equipes de Saúde da Família existentes e percentual de cobertura das mesmas no seu município de atuação quando do início do projeto em 2018 e ao final de 2019?

Com base nos planos de ações de Resposta rápida à Sífilis elaborados por cada município e relatórios anuais produzidos para informes de relatórios ao Ministério da Saúde, responda ao questionário a seguir com informações relacionadas ao período de implementação implantação do projeto em 2018 até o final do ano de 2019.

EIXO CUIDADO INTEGRAL

- 1 - Com relação à ampliação da cobertura do diagnóstico por meio do teste rápido e VDRL oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais no pré-natal, parto ou situações de abortamento e da sífilis adquirida.

- 1.1 - Como se encontrava a disponibilidade de oferta de testes rápidos (TR) para sífilis na rede de Atenção Básica entre as Equipes de Saúde da família (ESF) ao final do ano de 2019?

- a) Disponível em 75% ou mais das ESF;
- b) Disponível em 50% a 74% das ESF;

- c) Disponível em 25% a 49% das ESF;
- d) Disponível em menos de 25% das ESF;

1.2 - Existia disponibilidade de Testes rápidos para sífilis no ato do internamento para todas as gestantes na(s) maternidade(s) local(is)?

- a) Sim;
- b) Não.

1.3 - Os laboratórios conseguem disponibilizar o resultado do exame confirmatório para sífilis em até 7 dias?

- a) Sim;
- b) Não.

2 – Com relação ao incentivo dos profissionais de saúde, em especial às equipes de enfermagem, para administração de penicilina benzatina na Atenção Básica.

2.1 – Como se encontrava a disponibilidade de oferta de tratamento com penicilina benzatina na rede de Atenção Básica (AB) entre as Equipes de Saúde da família (ESF) ao final do ano de 2019?

- a) Disponível em 75% ou mais das ESF;
- b) Disponível em 50% a 74% das ESF;
- c) Disponível em 25% a 49% das ESF;
- d) Disponível em menos de 25% das ESF;

2.2 – A(s) maternidade(s) local(is) realizava(m) tratamento para sífilis de Recém-Nascidos (RN), gestantes e puérperas pós parto ou aborto?

- a) Sim;
- b) Não.

3 - Com relação ao fortalecimento dos processos de trabalho e do papel das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família na promoção da saúde sexual e reprodutiva.

3.1 - As ESFs realizam busca ativa dos casos positivos para sífilis?

- a) Sim;
- b) Não.

3.2 - As ESFs disponibilizam preservativos masculinos e femininos para todas as pessoas sexualmente ativas?

- a) Sim;
- b) Não.

3.3 – As ESFs realizam busca ativa de parcerias sexuais para testagem e tratamento se necessário?

- a) Sim;
- b) Não.

3.4 - Como se encontrava a implementação do pré-natal do parceiro nas ESFs?

- a) 75% ou mais das ESF;
- b) 50% a 74% das ESF;
- c) 25% a 49% das ESF;
- d) Menos de 25% das ESF;

4 – Com relação à operacionalização da Linha de Cuidado da sífilis adquirida, sífilis em gestante, da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita nos diferentes níveis de complexidade nas redes de atenção, incluindo os pontos de prevenção e de intervenção direcionados à população-chave.

4.1 – O município construiu modelagem de Linha de Cuidado para sífilis de acordo com suas referências locais?

- a) Sim;
- b) Não.

4.2 – O município disponibiliza referências para todas as especialidades preconizadas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde para acompanhamento da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita (pediatria, ortopedia, oftalmologia, odontologia, neurologia, fonoaudiologia)?

- a) Sim;
- b) Não.

4.3 – A(s) maternidade(s) disponibiliza todos os exames necessários à investigação clínica e laboratorial da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita preconizada no PCDT atual (raio X de ossos longos, raio X de tórax, LCR, teste não treponêmico, hemograma, plaquetas, transaminases, bilirrubina, albumina e eletrólitos)?

- a) Sim;
- b) Não.

5 – Com relação à implementação de comitê de investigação de transmissão vertical de HIV e Sífilis no município, sem sobreposição de agendas com comitês já existentes e atuantes no campo.

5.1 – Ao final do ano de 2019 existia comitê de investigação de transmissão vertical de HIV e Sífilis implementado e em funcionamento?

- a) Sim;
- b) Não.

EIXO EDUCOMUNICAÇÃO

1 – Com relação à operacionalização de um ecossistema comunicativo com relações amplas e sólidas entre comunicação e educação.

1.1 - Foram realizadas capacitações (oficina/curso) aos profissionais de saúde para qualificação técnica para realização de Testagem Rápida para sífilis?

- a) Sim;
- b) Não.

1.2 - Foram realizadas capacitações (oficina/curso) aos profissionais de saúde para manejo clínico da sífilis?

- a) Sim;
- b) Não.

2 – Com relação ao uso de mediação tecnológica com foco na educação e comunicação para disseminação de informações voltadas para profissionais, gestores, usuários, população geral.

2.1 - No período de implementação do projeto foram realizadas ações/campanhas informativas sobre a temática sífilis por diversos meios de comunicação (mídia de TV; rádio; jornal; redes sociais; folhetos informativos)?

- a) Sim;
- b) Não.

2.2 – Foram realizadas palestras educativas voltada aos usuários para prevenção de sífilis?

- a) Sim;
- b) Não.

EIXO GESTÃO E GOVERNANÇA

1 – Com relação ao fortalecimento da integração e interdependência dos gestores estaduais e municipais participantes do projeto com as instâncias de homologação e deliberação em seu território.

1.1 – A temática sífilis foi discutida em instâncias de gestão - CIR e CIB?

- a) Sim;
- b) Não.

2 - Com relação ao fortalecimento da gestão colaborativa para operacionalização de uma resposta rápida à sífilis.

2.1 –Foi implantado um comitê/GT intersetorial de enfrentamento à sífilis?

- a) Sim;
- b) Não.

3 - Com relação à instalação de uma sala de situação nacional que contenha informações voltadas para a tomada de decisão e o fortalecimento da gestão e da prática profissional, incluindo a geração de conhecimento no campo de resposta rápida à sífilis e o monitoramento do desenvolvimento do projeto.

3.1 –Foi instalada sala de situação municipal para resposta rápida à sífilis?

- a) Sim;
- b) Não.

EIXO VIGILÂNCIA

1 – Com relação à qualificação da vigilância epidemiológica, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.

1.1 – Foram realizadas capacitações (oficina/curso) aos profissionais de saúde sobre notificação de casos detectados de sífilis;

- c) Sim;
- d) Não.

2 – Com relação ao fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas para vigilância em saúde.

2.1 –Foi realizada atualização/reciclagem dos profissionais sobre registro e monitoramento dos casos de sífilis nos Sistemas de Informações?

- a) Sim;

b) Não.

3 – Com relação ao fortalecimento da integração entre Vigilância e Atenção.

3.1 - A vigilância epidemiológica investiga e discute com a AB todos os casos de transmissão vertical por sífilis?

c) Sim;

d) Não.

DESAFIOS E COLABORAÇÕES

1.1- Selecione alguns problemas/desafios identificados durante a implementação do Projeto no município.

- a) Desconhecimento dos profissionais sobre diagnóstico, tratamento e notificação de sífilis e seguimento dos casos de sífilis;
- b) Fragilidade na integração das ações de vigilância e atenção básica (planejamento, avaliação e monitoramento);
- c) Fragilidade no estabelecimento de fluxos de realização e resultados de exames resultando em demora no início do tratamento;
- d) Desconhecimento dos profissionais sobre os protocolos e Telelab;
- e) Fragilidade dos Comitês de transmissão Vertical de Sífilis;
- f) Necessidade de estabelecer estratégias para qualificar ações conjuntas AB/Laboratório e Vigilância;
- g) Necessidade de estabelecer fluxo de acompanhamento da criança na Atenção Básica e atenção especializada.

1.2 - Escolha uma ou mais das alternativas sobre problemas identificados para não administração da penicilina nas unidades Básicas de Saúde (UBSs).

- a) A gestão não disponibiliza a penicilina para todas as unidades de saúde da Atenção Básica;
- b) A penicilina é administrada apenas no hospital ou em unidades de média/alta complexidade;
- c) O Conselho Regional de Farmácia exige que tenha farmacêutico na unidade em que a penicilina será administrada;
- d) Resistência dos profissionais de saúde para administração da penicilina no ambiente/estrutura das UBSs;
- e) Resistência dos profissionais de saúde para administração da penicilina na ausência do médico;
- f) A gestão centraliza a administração de penicilina em UBSs selecionadas;

1.3 - Quais áreas técnicas participaram na colaboração da Resposta Rápida à Sífilis no município?

- a) Coordenação IST, HIV;
- b) Coordenação da Atenção Básica;
- c) Coordenação/Gerência de Vigilância em Saúde (e/ou Vigilância Epidemiológica);
- d) Área técnica da Saúde da Mulher;
- e) Área técnica da Saúde da Criança e do adolescente;
- f) Área técnica de Planejamento em Saúde;
- g) Área técnica de Saúde do Homem;
- h) Área técnica de Saúde Bucal;
- i) Área técnica de Saúde Prisional/Pessoas Privadas de liberdade;
- j) Grupo Condutor Rede Cegonha;
- k) Programa saúde na Escola;
- l) Programa Mais Médicos.

1.4 - Selecione quais setores estratégicos participaram com agenda de apoio ao projeto no município durante a implantação do projeto.

- a) Conselho Regional de Enfermagem;
- b) Conselho Regional de Medicina;
- c) Conselho Regional de Odontologia;
- d) Conselho Regional de Farmácia;
- e) Instituição de Ensino superior

1.5 - Relacione os principais problemas identificados com relação à qualificação das informações epidemiológicas, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.

- a) Subnotificação;
- b) Falta de integração entre a vigilância e a atenção básica;
- c) Fragilidade na investigação dos casos (falta de fluxo para investigação de casos no SUS e rede privada);
- d) Fragilidade para acompanhamento dos casos;
- e) Falta de capacitação para conduzir a vigilância;
- f) Estrutura inadequada para garantia do trabalho em vigilância (recursos humanos, computador, internet);
- g) Dificuldade em inserir dados no Sinan;
- h) Falta de integração eSUS-AB e Sinan;

Por fim, sobre o enfrentamento à sífilis no seu município de atuação entre os anos de 2018 e 2019, existe algo mais que queira complementar e que não foi explorado neste questionário?

ANEXO A – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS SELECIONADOS PARA O PROJETO “SÍFILIS NÃO”

Distribuição dos municípios selecionados para o Projeto Interfederativo, seguindo uma ordem que leva em consideração o número de habitantes e o índice composto de sífilis de cada município

Ranking	Município	UF	Índice ^(1,2)	Taxa de incidência de Sífilis Congênita ⁽³⁾	Δ Taxa de incidência de Sífilis Congênita ⁽⁴⁾	Taxa de mortalidade perinatal ⁽³⁾	Δ Taxa de mortalidade perinatal ⁽⁴⁾	Prioridade
1º	Porto Alegre	RS	6,859	20,3	3,9	12,3	0,2	1
2º	Recife	PE	6,360	17,1	2,2	16,0	-0,4	1
3º	Fortaleza	CE	6,024	15,4	0,6	17,4	-0,2	1
4º	Rio de Janeiro	RJ	5,986	17,1	-0,5	15,8	-0,1	1
5º	Maceió	AL	5,888	13,7	0,4	19,3	0,1	1
6º	Salvador	BA	5,813	9,3	2,0	23,4	0,5	1
7º	Natal	RN	5,806	10,2	1,5	16,5	1,1	1
8º	Teresina	PI	5,737	6,4	3,4	20,1	-0,2	1
9º	Vitória	ES	5,662	9,8	1,5	11,1	-0,6	1
10º	João Pessoa	PB	5,573	7,1	1,9	16,6	0,3	1
11º	Aracaju	SE	5,545	9,5	0,3	20,7	0,0	1
12º	Palmas	TO	5,505	7,5	1,3	13,5	0,2	1
13º	São Luís	MA	5,491	5,9	1,6	23,2	0,6	1
14º	Florianópolis	SC	5,462	6,3	1,7	11,1	0,3	1
15º	Belo Horizonte	MG	5,459	5,9	1,8	15,3	0,2	1
16º	Cuiabá	MT	5,362	5,1	1,6	15,5	-0,2	1
17º	Porto Velho	RO	5,296	4,7	1,3	15,5	0,2	1
18º	Campo Grande	MS	5,288	6,1	0,8	12,4	-0,4	1
19º	Rio Branco	AC	5,260	4,7	1,1	15,1	0,0	1
20º	São Paulo	SP	5,200	4,9	0,5	14,2	0,2	1
21º	Manaus	AM	5,193	3,7	0,9	17,2	0,4	1
22º	Curitiba	PR	5,184	4,5	0,7	12,4	0,0	1
23º	Belém	PA	5,157	2,9	1,3	19,1	-0,3	1
24º	Macapá	AP	5,096	6,1	-0,8	22,2	-0,7	1
25º	Brasília	DF	5,076	3,5	0,4	14,9	0,2	1
26º	Goiânia	GO	4,970	1,9	0,7	14,2	-0,3	1
27º	Boa Vista	RR	4,888	3,3	-0,5	15,8	-0,8	1
28º	Nossa Senhora do Socorro	SE	6,691	18,0	3,6	22,4	0,1	2
29º	Canoas	RS	6,536	13,8	5,2	13,4	-0,2	2
30º	Viamão	RS	6,532	14,6	4,0	15,2	1,9	2
31º	São João de Meriti	RJ	6,498	14,3	3,9	22,1	1,0	2
32º	São Gonçalo	RJ	6,327	12,9	4,0	18,2	0,0	2
33º	Magé	RJ	6,234	13,4	3,3	22,2	-1,1	2
34º	Niterói	RJ	6,209	13,5	2,9	13,9	0,3	2
35º	Duque de Caxias	RJ	6,162	14,1	2,0	20,8	0,5	2

36°	Timon	MA	6,108	13,0	1,2	23,6	3,1	2
37°	Olinda	PE	6,098	15,6	0,8	18,2	0,4	2
38°	Guarapari	ES	6,073	9,0	4,6	18,1	-0,9	2
39°	Itaboraí	RJ	5,984	9,8	3,1	16,7	0,8	2
40°	Queimados	RJ	5,971	13,1	1,9	21,6	-2,1	2
41°	Vespasiano	MG	5,893	8,8	3,4	13,7	-0,3	2
42°	São Leopoldo	RS	5,873	10,7	2,2	14,8	-0,2	2
43°	Belford Roxo	RJ	5,778	8,6	2,0	22,3	1,0	2
44°	Itaquaquecetuba	SP	5,755	8,6	2,4	18,2	-0,2	2
45°	Maricá	RJ	5,750	8,4	2,5	16,2	-0,1	2
46°	Palhoça	SC	5,742	6,8	3,3	9,5	0,8	2
47°	Marituba	PA	5,728	13,8	-0,1	17,4	-1,6	2
48°	Nova Iguaçu	RJ	5,713	14,1	-0,7	22,3	-1,2	2
49°	Sabará	MG	5,711	5,9	3,4	19,1	0,3	2
50°	Santa Luzia	MG	5,693	6,9	2,9	17,0	0,0	2
51°	Jaboatão dos Guararapes	PE	5,690	9,7	1,2	17,7	0,4	2
52°	São José	SC	5,659	6,0	2,9	10,6	1,5	2
53°	Vila Velha	ES	5,654	8,1	1,9	14,2	0,4	2
54°	Caucaia	CE	5,624	11,6	-0,1	18,2	-0,3	2
55°	Santa Rita	PB	5,620	6,2	1,8	19,3	2,7	2
56°	Nilópolis	RJ	5,606	11,2	-0,3	19,8	0,6	2
57°	Alvorada	RS	5,582	9,1	1,1	13,8	-0,3	2
58°	Igarassu	PE	5,578	8,9	0,7	17,8	0,6	2
59°	Cariacica	ES	5,578	8,4	1,3	16,6	-0,1	2
60°	Paço do Lumiar	MA	5,577	5,7	2,7	23,5	-0,6	2
61°	Camaçari	BA	5,562	7,6	1,4	23,0	-0,1	2
62°	Serra	ES	5,555	7,4	1,6	14,4	0,5	2
63°	Parnamirim	RN	5,518	7,5	1,0	15,7	1,3	2
64°	Almirante Tamandaré	PR	5,488	9,3	0,7	15,3	-1,6	2
65°	São Lourenço da Mata	PE	5,488	7,1	1,3	18,3	-0,2	2
66°	Luziânia	GO	5,462	6,9	1,6	15,5	-1,2	2
67°	Cabo de Santo Agostinho	PE	5,460	5,3	1,5	18,5	1,6	2
68°	Sapucaia do Sul	RS	5,449	6,9	1,6	11,2	-0,9	2
69°	Camaraçibe	PE	5,435	6,9	0,6	14,0	1,7	2
70°	Ribeirão das Neves	MG	5,421	5,9	1,2	17,1	1,0	2
71°	Maracanaú	CE	5,420	7,9	0,1	13,3	1,5	2
72°	Mesquita	RJ	5,411	7,9	0,3	21,5	-0,4	2
73°	Passo Fundo	RS	6,479	13,4	4,7	14,4	0,7	3
74°	Bauru	SP	6,446	13,0	4,7	13,9	0,7	3
75°	Botucatu	SP	6,146	13,6	2,0	14,3	1,5	3
76°	Santa Maria	RS	6,037	10,0	3,4	13,7	1,1	3
77°	Marabá	PA	5,991	13,8	1,5	18,6	-1,3	3
78°	Governador Valadares	MG	5,960	9,0	3,4	15,1	0,9	3
79°	Teixeira de Freitas	BA	5,936	10,6	2,7	18,2	-0,8	3
80°	Cubatão	SP	5,844	7,8	2,8	18,2	1,8	3
81°	Praia Grande	SP	5,799	9,6	2,1	16,4	0,2	3

82º	Dourados	MS	5,773	6,5	3,6	17,1	0,0	3
83º	Rio Grande	RS	5,719	8,9	1,9	16,5	0,1	3
84º	Caxias do Sul	RS	5,717	8,5	2,4	12,5	0,0	3
85º	Resende	RJ	5,693	12,0	0,8	13,5	-1,9	3
86º	Linhares	ES	5,682	8,1	2,2	12,1	0,4	3
87º	Guarujá	SP	5,665	4,7	3,9	19,3	-0,4	3
88º	Teófilo Otoni	MG	5,628	8,4	2,0	23,4	-2,1	3
89º	Ourinhos	SP	5,626	10,5	1,1	14,7	-1,8	3
90º	Bragança	PA	5,594	12,8	-1,1	22,7	-0,5	3
91º	Araguaína	TO	5,571	9,2	1,0	16,9	-0,8	3
92º	Parauapebas	PA	5,569	9,3	0,9	17,0	-0,5	3
93º	Itapetininga	SP	5,563	7,7	1,5	14,5	0,3	3
94º	São Mateus	ES	5,542	5,2	2,0	17,8	2,0	3
95º	Parnaíba	PI	5,537	5,6	2,2	27,9	-0,4	3
96º	Santa Cruz do Sul	RS	5,533	7,4	1,3	11,1	1,2	3
97º	Juiz de Fora	MG	5,518	6,1	2,1	17,8	-0,2	3
98º	Bento Gonçalves	RS	5,514	4,4	3,1	12,1	0,1	3
99º	Petrolina	PE	5,507	6,1	1,6	20,9	0,9	3
100º	Porto Seguro	BA	5,487	7,1	1,4	20,2	-0,7	3

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Notas:(1) Índice composto a partir das taxas de sífilis congênita em menores de um ano e das taxas de mortalidade perinatal;

(2) Corte do índice: 5,4 (com exceção das capitais);

(3) Taxa média dos últimos cinco anos;

(4) Variação média anual da taxa nos últimos cinco anos;

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RECIFE



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Cleonúcia Batista Leite de Vasconcelos**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa na Coordenação DST/Aids, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Implantação do projeto resposta rápida à sífilis e seus efeitos na sífilis congênita em Pernambuco (2018 a 2019)"**, sob orientação da Prof. Dr. Roberta de Moraes Rocha.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
- Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 26 de abril de 2021.

Atenciosamente,

Tulio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ferreira Rozal
Coord. de Desenv. de Form. e Treinamento
da Saúde UFSDE/CTES/SESMA
Maringá nº 104 128-2

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE OLINDA**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE**

Olinda, 28 de maio de 2021.

A Secretaria de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação da Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "IMPLANTAÇÃO DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS E SEUS EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO (2018 a 2019)". Sob a coordenação/orientação da Prof. Dr. Roberta de Moraes Rocha. A autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização em prejuízos das pessoas e/ou das comunidades. Autorizo esta carta, também apresentar o relatório final da pesquisa, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.


ROZÂNGELA CHAVES
Gerente OESP
Mat.: 70580201
ROZANGELA CHAVES
Gerente de Educação em Saúde e Pesquisa
Responsável Técnico (a)


LUCIANA LOPES DE MELLO DO RÉGO BARRO
Secretária de Saúde
Matrícula 68729-2

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO SUS
GERÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Anuência n°66/2021

Jaboatão dos Guararapes, 28 de maio de 2021.

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos a realizar o projeto de pesquisa intitulado "IMPLANTAÇÃO DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS E SEUS EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO (2018 A 2019)" sob o parecer técnico de Carolina Guilherme – Núcleo IST/Aids – Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Jaboatão dos Guararapes.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares por parte dos pesquisadores, comprometendo-se a utilizar os dados da pesquisa exclusivamente para fins científicos. Assim, devem manter o sigilo e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município decorrente da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, em caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de se retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Zelma Pessoa
Secretaria Municipal de Saúde
Matr. 911551

Zelma de Fátima Chaves Pessoa
Secretária Municipal de Saúde

AV. Barreto de Menezes, S/N – Prazeres 54.330-900 – Jaboatão dos Guararapes – PE
Fone: 3476-9904 – Fax: 3476-9904 CNPJ: 03.904.39500001-45

Digitalizado com Cam

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE IGARASSU**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARASSU
SECRETARIA MUNICIPAL DE IGARASSU**

Autorizo Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos, pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver a pesquisa intitulada "Implantação do Projeto Resposta Rápida à sífilis e seus Efeitos na Sífilis Congênita em Pernambuco (2018 a 2019)", sob a coordenação/orientação da Prof. Dr. Roberta de Moraes Rocha, na Secretaria de Saúde do Município de Igarassu.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de saúde de Igarassu de corrente da participação da pesquisa;
- Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

A pesquisadora se compromete a trazer para esta Instituição o relatório final da pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Prof. Dr. Moraes
Secretaria Municipal
De Saúde de Igarassu

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Joaquim Nabuco, nº. 203 – Centro Igarassu – PE
CNPJ: 12025214/0001-00 PABX (81) 3543-1450 CEP: 53.610.070
e-mail: sec.saudeigarassu@gmail.com

Trabalho
que faz
História

ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA



Rafaela de Souza Gomes

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA
SECRETARIA DE SAÚDE

Termo de Anuência

Eu **CLAÚDIO JOSÉ ALBANEZ FALCÃO**, na qualidade de responsável pelo (a) **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, autorizo a realização da pesquisa intitulada **IMPLANTAÇÃO DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SIFILIS E SEUS EFEITOS NA SIFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO** a ser conduzida sob a responsabilidade do **CLEONÚSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS**; e declaro que esta instituição apresenta as condições necessárias à realização da referida pesquisa. Este termo é válido apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética avaliador do estudo.

SÃO LOURENÇO DA MATA, 28 DE MAIO de 2021.


CLAÚDIO JOSÉ ALBANEZ FALCÃO
Secretário de Saúde

Prefeitura de São Lourenço da Mata - PE
Dr. Claudio Falcão
Secretário de Saúde

ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DO CABO



Rodovia PE 60, Km 0,5
Cohab - Cabo de Santo Agostinho - PE
54510 - 350
Tel.: +55 81 3524.6786
ssaude.cabo@gmail.com

*Secretaria Municipal
de Saúde*

Cabo de Santo Agostinho, 02 de Julho de 2021.

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins, que aceitamos o pesquisador Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos, a desenvolver o seu projeto de pesquisa sobre **IMPLANTAÇÃO DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS E SEUS EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO (2018 a 2019)**, cujo objetivo é identificar se os municípios contemplados pelo Projeto Interfederativo Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção apresentaram redução da sífilis congênita após um ano de início do projeto, e associar este resultado com o grau de implantação das ações do projeto.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Atenciosamente,


Ângela Lessa de Andrade
Assessora Especial

www.cabo.pe.gov.br



[prefeituradocabo](https://www.facebook.com/prefeituradocabo)



[prefeituradocabo](https://www.instagram.com/prefeituradocabo)

ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE

Prefeitura Municipal de Camaragibe
Secretaria de Saúde
Coordenação de Educação Permanente

Camaragibe, 03 de maio de 2021

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins, que aceitamos o pesquisador Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos, a desenvolver o seu projeto de pesquisa sobre **IMPLANTAÇÃO DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS E SEUS EFEITOS NA SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO (2018 a 2019)**, cujo objetivo é identificar se os municípios contemplados pelo Projeto Interfederativo Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção apresentaram redução da sífilis congênita após um ano de início do projeto, e associar este resultado com o grau de implantação das ações do projeto.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Atenciosamente,

Silvana P. F. S. Montelro
Silvana P. F. S. Montelro

Coordenadora de Educação Permanente

Silvana P. F. S. Montelro
Coord. de Educação Permanente
Mat. 8.0160152.3

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 082.60.663.0001-57

Av. Dr. Belmino Correia, 2340 - Timbi, Camaragibe - PE, 54768-000
(81) 2129-9370 | smscamaragibe17@gmail.com |

ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

26/04/2021

SEI/GOVPE - 13237871 - GOVPE - Declaração

Secretaria de
SaúdeGOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

Pernambuco

Pernambuco

Carta de Anuência

Eu, **Luciana Camelo de Albuquerque**, **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**, por meio desta, **DECLARO** que a **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco** **ANUECE** a **Realização do Curso de Capacitação em Saúde Pública**, realizado pelo **Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde (CEPS)**, com o objetivo de **atualizar e qualificar os profissionais da área de saúde pública**, e **DECLARO** que a **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco** **ANUECE** a **Realização do Curso de Capacitação em Saúde Pública**, realizado pelo **Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde (CEPS)**, com o objetivo de **atualizar e qualificar os profissionais da área de saúde pública**.

Assinatura
do(a) Secretário(a) de Saúde
do Estado de Pernambuco



Assinatura de **Luciana Camelo de Albuquerque**, **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**, por meio desta, **DECLARO** que a **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco** **ANUECE** a **Realização do Curso de Capacitação em Saúde Pública**, realizado pelo **Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde (CEPS)**, com o objetivo de **atualizar e qualificar os profissionais da área de saúde pública**.

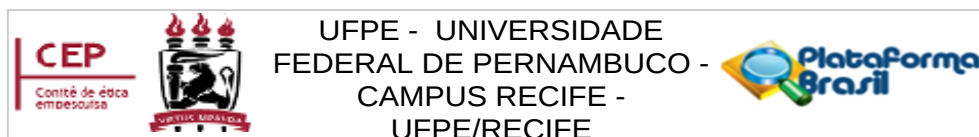


Assinatura de **Luciana Camelo de Albuquerque**, **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**, por meio desta, **DECLARO** que a **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco** **ANUECE** a **Realização do Curso de Capacitação em Saúde Pública**, realizado pelo **Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde (CEPS)**, com o objetivo de **atualizar e qualificar os profissionais da área de saúde pública**.
Número do Documento: **13237871**
Número do Documento: **9FAB5717**

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Assinatura de **Luciana Camelo de Albuquerque**, **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**, por meio desta, **DECLARO** que a **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco** **ANUECE** a **Realização do Curso de Capacitação em Saúde Pública**, realizado pelo **Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde (CEPS)**, com o objetivo de **atualizar e qualificar os profissionais da área de saúde pública**.

ANEXO J – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implantação do Projeto Resposta Rápida à Sífilis e Seus Efeitos na Sífilis Congênita em Pernambuco (2018 a 2019)

Pesquisador: CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50883621.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.962.184

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, pela aluna Cleonússia Batista Leite de Vasconcelos, sob a orientação da Prof. Dr. Roberta de Moraes Rocha.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar o grau de implantação do Projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção nos municípios pernambucanos contemplados e relacioná-lo à taxa de incidência da sífilis congênita do Sinan, indicador de desempenho do projeto a curto prazo, após um ano de implantação.

Objetivos específicos:

- Realizar uma análise exploratória e geográfica da evolução da sífilis congênita nos municípios de Pernambuco, com destaque para os contemplados pelo projeto;

- 1 - Construção do Modelo Lógico e da Matriz de Análise de Julgamentos;

- 2 - Elaboração e aplicação do Questionário Semiestruturado;

- 3 - Calcular o grau de implantação do projeto nos municípios pernambucanos contemplados;

- 4 - Comparar as taxas de sífilis congênita antes (2017) e um ano após (2019) da implantação do Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção nos municípios

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

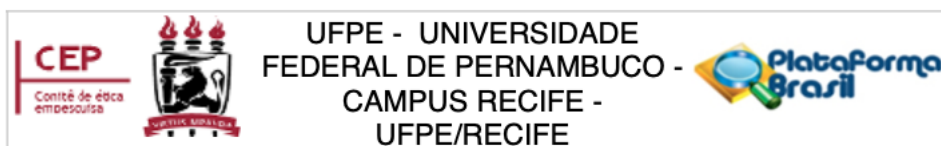
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.962.184

pernambucanos contemplados, e correlacioná-las com o grau de implantação do projeto;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

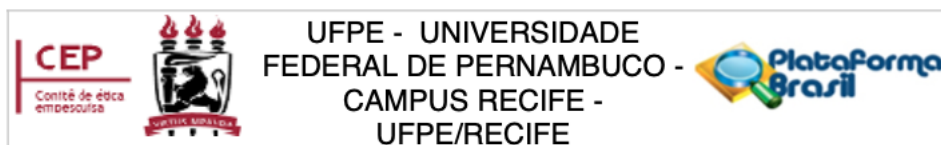
Riscos: a pesquisadora afirma que por se tratar de um estudo sem contato direto com pacientes, e que se limita a coleta de informações por questionários enviados por meio eletrônico (e-mail) e coleta de dados secundários, admite-se que a pesquisa traz os riscos de constrangimento ao entrevistado que será minimizado pela garantia da privacidade e conforto do preenchimento do questionário, que dura em média 30 minutos, no local e horário que achar mais apropriado e confidencialidade da resposta e riscos associados ao armazenamento de dados da coleta com risco de perda por problemas técnicos, este último risco sendo evitado pela manutenção do equipamento e dados salvos também em HD externo pela pesquisadora Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos, endereço rua Ibiapaba nº 90 aptº 1602-A, Tamarineira, recife, Pernambuco. Diante da pandemia da COVID-19, não haverá exposição de pesquisadora e nem de entrevistados.

Benefícios: O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes e municípios envolvidos acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de ações que potencializaram ou dificultaram o enfrentamento à sífilis. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde. Os benefícios indiretos ocorrerão uma vez que resultados obtidos nesta pesquisa poderão demonstrar quais estratégias no enfrentamento à sífilis congênita foram mais relevantes no desfecho positivo em redução de número de casos, sendo um dado importante no planejamento de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora enfatiza que intervenções visando a prevenção da transmissão vertical da sífilis foram priorizadas pelo MS para eliminar a sífilis congênita contribuindo diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), alinhadas com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), para atingir a meta da taxa de incidência de sífilis congênita menor ou igual a 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos. Mas apesar dos esforços, permanece como um problema mundial calculando-se haver todos os anos cerca de 12 milhões de pessoas infectadas. A comunicação e educação em saúde são pilares para a vigilância em saúde,

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.962.184

articulando os dados epidemiológicos e os conhecimentos produzidos sobre sífilis e correlacionando-os com os aspectos econômicos, sociais, territoriais e de gestão de risco, para propor intervenções efetivas que impactem na redução dos casos de sífilis no país. Políticas e programas públicos buscam modernização e efetividade na administração pública,

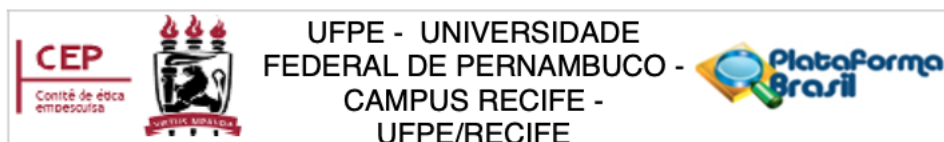
contrapondo-se à administração burocrática, maximizando o resultado do gasto público, identificando êxitos e nós críticos a serem superados (DA CUNHA, 2018). A análise da implantação leva em consideração as relações entre o contexto, as variações na implantação e os efeitos produzidos pela intervenção (HARTZ, 1997). É necessário dispor de métodos específicos para realizar o monitoramento de uma política pública em

andamento e avaliar seu alcance, permitindo analisar os pontos críticos e propondo aprimoramentos. Daí a importância do presente estudo que busca identificar se os municípios contemplados pelo Projeto Interfederativo Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção apresentaram redução da sífilis congênita após um ano de início do projeto, e associar este resultado com o grau de implantação das ações do projeto. Será realizado um estudo de casos múltiplos através uma pesquisa avaliativa com método misto descritivo, qualitativo e quantitativo. O grau de implantação, vai analisar o nível de operacionalização de cada intervenção comparando o planejado com o que foi realmente implantado após um ano de sua implantação. Esta pesquisa também fará estudo quantitativo das taxas de incidência de sífilis congênita do Sinan, utilizando como indicador de desempenho do projeto a curto prazo, comparando um ano antes em 2017 e um ano após em 2019, relacionando os resultados positivos ou negativos com as estratégias de intervenção no enfrentamento à sífilis utilizadas por cada município. O estudo será realizado em sete municípios (Recife, Jaboatão, Olinda, Igarassu, São Lourenço, Cabo e Camaragibe) pertencentes à I Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Para análise qualitativa serão aplicados questionários à quatro apoiadores do Ministério da Saúde que estavam designados ao acompanhamento dos planos de ação dos sete municípios e envio de relatórios periódicos. Na análise quantitativa será levantada através de dados secundários toda a população notificada em Pernambuco para sífilis congênita no período anterior ao projeto e comparada um ano após.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados: 1 - Folha de rosto; 2 - Cartas de anuência dos 07 municípios que participarão do

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.962.184

estudo e também da SES; 3 - Termo de compromisso e confidencialidade; 4 - Declaração de vínculo com a Pós; 5 - TCLE para maiores de 18 anos; 6 - Lattes das pesquisadoras; 7 - Projetos no formato detalhado e plataforma.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

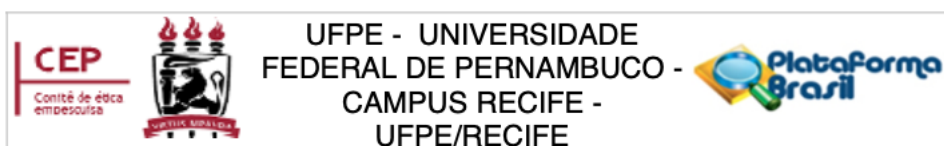
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

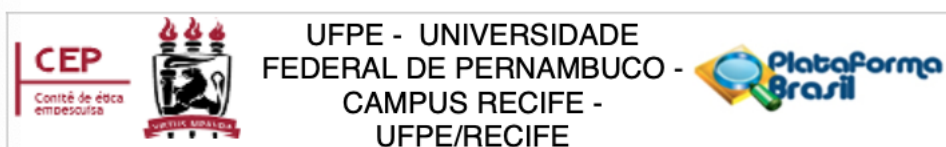
Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.962.184

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1802834.pdf	08/09/2021 15:26:51		Aceito
Outros	correcao_pendencias_projeto.docx	08/09/2021 15:25:39	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_sifilis_Pernambuco.docx	08/09/2021 15:24:40	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	17/08/2021 06:59:16	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Declaracao_vinculo.pdf	13/08/2021 01:17:36	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Curriculo_RobertaRocha.pdf	13/08/2021 01:08:14	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Curriculo_Cleonusia.pdf	13/08/2021 01:05:40	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	13/08/2021 00:59:29	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anuencia_slm.pdf	13/08/2021 00:51:17	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Anuencia_Recife.PDF	13/08/2021 00:50:59	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Anuencia_Olinda.pdf	13/08/2021 00:50:40	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anuencia_jaboatao.pdf	13/08/2021 00:50:25	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Anuencia_Igarassu.pdf	13/08/2021 00:50:10	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Anuencia_Estado.pdf	13/08/2021 00:49:55	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Anuencia_Camaragibe.pdf	13/08/2021 00:49:35	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anuencia_Cabo.pdf	13/08/2021 00:49:16	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.962.184

Outros	anuencia_Cabo.pdf	13/08/2021 00:49:16	VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/08/2021 00:44:42	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/08/2021 00:44:10	CLEONUSIA BATISTA LEITE DE VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Setembro de 2021

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br