



MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E URBANO

BRENDA LAUDANO LIMA

**DOENÇAS DE POPULAÇÕES NEGLIGENCIADAS COMO PRODUTO DA
VULNERABILIDADE SOCIAL: UM DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO
ESTADO DA BAHIA, BRASIL**

Salvador
2022

BRENDA LAUDANO LIMA

**DOENÇAS DE POPULAÇÕES NEGLIGENCIADAS COMO PRODUTO DA
VULNERABILIDADE SOCIAL: UM DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO
ESTADO DA BAHIA, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador (UNIFACS), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carolina de Andrade Spinola.

Coorientador: Prof.^o Dr.^o Renato Barbosa Reis.

Salvador
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS Universidade Salvador,

Lima, Brenda Laudano

Doenças de populações negligenciadas como produto da vulnerabilidade social: um diagnóstico da sífilis congênita no Estado da Bahia, Brasil/ Brenda Laudano Lima. – Salvador: Unifacs, 2022.

114 f.: il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador (UNIFACS), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carolina de Andrade Spinola.

Coorientador: Prof.^o Dr.^o Renato Barbosa Reis.

1. Desigualdade socioespacial. 2. Saúde pública. 3. Políticas públicas. 4. Epidemiologia. I. Spinola, Carolina de Andrade, orient. II. Reis, Renato Barbosa, coorient. III. Título.

CDD: 338

BRENDA LAUDANO LIMA

DOENÇAS DE POPULAÇÕES NEGLIGENCIADAS COMO PRODUTO DA
VULNERABILIDADE SOCIAL: UM DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO
ESTADO DA BAHIA, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador (UNIFACS), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano, aprovada pela seguinte banca examinadora:

Carolina de Andrade Spinola - Orientadora _____
Doutora em Geografia pela Universidade de Barcelona
Universidade Salvador –UNIFACS

Renato Barbosa Reis - Coorientador _____
Doutor em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa pela Fundação Oswaldo Cruz
(BA) - FIOCRUZ
Universidade Salvador -UNIFACS

Gustavo Nunes de Oliveira Costa _____
Pós-Doutor pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Salvador - UNIFACS

Ridalva Dias Félix Martins _____
Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa, pela Fundação Oswaldo Cruz
(BA) - FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz (BA) - FIOCRUZ

Salvador, 30 de setembro de 2022.

Para todas as pessoas que padecem com doenças no nosso país, uma vez que muitas delas são invisibilizadas pelo Estado e, portanto, precisam ser alvo de políticas públicas que as façam, verdadeiramente, ter os seus direitos de cidadãos reconhecidos e não, como é o caso, negados.

Para todos os profissionais da área de saúde que entregam, cotidianamente, as suas melhores energias para que o Sistema Único de Saúde - o nosso SUS - resista aos constantes ataques que lhes são dirigidos, mantendo-se firme no seu nobre propósito de garantir o direito à vida para cada pessoa que pisar no nosso território.

AGRADECIMENTOS

Sempre, em princípio, exponho os meus profundos agradecimentos a Deus, grande força vital em quem acredito, entrego minhas súplicas, dedico os meus dias, e quem direciona a minha jornada na Terra. Além disso, também dedico meus agradecimentos para:

Raimundo Lima, meu pai, pessoa que desde o meu nascimento se empenha para proporcionar a conquista de tudo aquilo que eu desejo. Não irei esquecer de que cheguei até aqui por causa de tudo o que ele me proporcionou de melhor nesta vida e por oferecer a mim tudo aquilo que nunca teve a oportunidade de viver e conquistar.

Luciana Laudano, minha tia, por ser minha amiga, grande incentivadora e por permanecer sempre comigo.

Juliane Tinôco, minha amiga de alma, por sempre me ouvir, apoiar e torcer pelas minhas vitórias. A irmã de todas as vidas que minha alma teve e terá um dia.

Henrique Xavier, meu bem, por ter amparado todos os meus momentos de muita ansiedade, por apoiar e incentivar a minha jornada profissional e por fazer com que os meus dias fossem mais leves e preenchidos com muito amor, cuidado e atenção.

Adna Vale e Aline Silva, amigas que o mestrado me deu, pela amizade, afeto, incentivo e cumplicidade. Além de serem grandes incentivadoras do meu sucesso.

Gabriel Lessa, o irmão precioso que eu ganhei, por todas as palavras de incentivo e por todo o carinho ofertado.

Sylvia Dalcom, por sempre ter a generosidade de torcer muito por mim e acreditar no meu potencial.

Manoel Fonseca, Gabriela Ribeiro, Raique Correia, Walter Barretto, Jeflanuzia Leite e Paulo de Tássio, amizades que fiz durante o mestrado e que estiveram sempre comigo em vários cenários que a academia nos proporcionou. Em especial, Winnie Alice, minha grande dupla durante o mestrado, pessoa com quem compartilhei várias noites escrevendo artigos, construindo seminários e fichamentos. Obrigada por sua força!

Gilsa Batista, secretária do programa, por ser sempre gentil, solícita e célere.

Ao corpo docente, especialmente, Profº Drº Laumar Neves, que sempre soube as palavras e as suas posições para incentivar e moldar o meu caminho, por compartilhar comigo tantos ensinamentos e lições que estão além da vida acadêmica.

Profº Drº Renato Reis, meu coorientador, por toda atenção, gentileza e contribuição para o desenvolvimento deste estudo e por todo o conhecimento compartilhado.

Deivison Julião, Maria Luiza FôNSECA e Fernanda Santos, meus alunos de iniciação científica, por todo o compromisso e dedicação com as atividades inerentes a este trabalho, por terem sido completamente importantes para este estudo. Estarei sempre aqui para os incentivar. Muito obrigada pelo empenho e certamente vocês foram uma alegria para mim. Meu primeiro exercício de docência.

Declaro aqui, também, os meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por ter concedido uma bolsa de estudos que viabilizou a minha entrada e permanência no mestrado.

Por fim, agradeço de toda a minha existência, a Prof.^a Dr.^a Carolina Spinola, a minha incrível orientadora, não há ninguém no mundo que ocupe o seu lugar da mesma forma que você, que realize as coisas da forma que você realiza e que inspire as pessoas a sua volta como você faz. Entre tantas provas de cuidado que Deus tem comigo, você é uma delas. Eu reafirmo que sou privilegiada por ser sua orientanda (título que não desejo renunciar). Muito obrigada por acreditar em mim e por me confiar grandes oportunidades. Devo muito a você, especialmente quem eu estou me tornando, humana e profissionalmente, a cada dia.

RESUMO

As populações em situação de vulnerabilidade social estão mais propensas à ocorrência de doenças em função de suas condições de vida e trabalho. Embora a sífilis seja uma doença milenar, ainda se constitui em um desafio para a saúde pública, especialmente na sua forma congênita e em regiões menos desenvolvidas, o que suscita, da parte da academia, uma melhor compreensão sobre os aspectos que favorecem a sua ocorrência. No mundo, a doença é considerada reemergente, tendo registrado um desenvolvimento muito expressivo no Brasil, especialmente no estado da Bahia. Isto posto, esta dissertação foi desenvolvida com o objetivo de identificar em que medida a distribuição dos casos de Sífilis Congênita registrados na Bahia, entre os anos de 2011 e 2020, foram influenciados pelos indicadores socioeconômicos dos municípios do Estado. Para tanto, a título de procedimentos, este estudo recorreu a uma revisão sistemática de literatura, a uma pesquisa documental nos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Secretaria Estadual de Saúde e nas Secretarias Municipais de Saúde da Bahia e em entrevistas semiestruturadas com os prepostos públicos que atuam em cargos relacionados ao objetivo do estudo. Para a análise desses dados, adotou-se o geoprocessamento a partir da utilização dos softwares QGis 3.20 e GeoDa. Desse modo, foi possível concluir que a Sífilis Congênita se desenvolve de forma heterogênea no Estado da Bahia, não podendo ser explicada isoladamente por uma correlação com o IDH dos municípios, mas desenhando um padrão espacial que suscita a existência de relações com a atividade turística e a localização de rodovias. Identificou-se a existência de obstáculos para o cumprimento das estratégias públicas de combate à doença, tais como o déficit de profissionais na atenção básica, falhas na educação continuada, imprecisões na notificação dos casos, tempo prolongado para o recebimento dos resultados dos exames diagnósticos e a não adesão das gestantes e suas parcerias ao tratamento.

Palavras-chave: doenças negligenciadas, desigualdade socioespacial, epidemiologia, saúde pública, políticas públicas.

ABSTRACT

Populations in situations of social vulnerability are more prone to the occurrence of diseases due to their living and working conditions. Although syphilis is an ancient disease, it still constitutes a challenge for public health, especially in its congenital form and in less developed regions, which raises, on the part of academia, a better understanding of the aspects that favor its occurrence. . In the world, the disease is considered reemerging, having registered a very expressive development in Brazil, especially in the state of Bahia. That said, this dissertation was developed with the objective of identifying to what extent the distribution of cases of Congenital Syphilis registered in Bahia, between the years 2011 and 2020, were influenced by the socioeconomic indicators of the municipalities of the State. To this end, as procedures, this study resorted to a systematic literature review, to a documentary research in the databases of the Information System of Notifiable Diseases and in the Information System on Live Births of the Ministry of Health, Instituto Brasileiro de Geography and Statistics, State Department of Health and at the Municipal Health Departments of Bahia and in semi-structured interviews with public representatives who work in positions related to the objective of the study. For the analysis of these data, geoprocessing was adopted using the software QGis 3.20 and GeoDa. Thus, it was possible to conclude that Congenital Syphilis develops in a heterogeneous way in the State of Bahia, and cannot be explained in isolation by a correlation with the HDI of the municipalities, but designing a spatial pattern that raises the existence of relations with the tourist activity and the location of highways. The existence of obstacles to the fulfillment of public strategies to combat the disease was identified, such as the deficit of professionals in primary care, failures in continuing education, inaccuracies in reporting cases, prolonged time to receive the results of diagnostic tests and the non-adherence of pregnant women and their partnerships to treatment.

Keywords: neglected diseases, socio-spatial inequality, epidemiology, public health, public policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	12
SEÇÃO 1 VULNERABILIDADE SOCIAL E SUAS INTERCONEXÕES COM A SÍFILIS CONGÊNITA: O QUE DIZ A LITERATURA?.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3 METODOLOGIA.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS ARTIGOS QUE FORAM SELECIONADOS PARA A CONSTRUÇÃO DESTA PRODUÇÃO.....	28
4.2 DISCUSSÃO POSTA A PARTIR DA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE AS CATEGORIAS “DOENÇAS NEGLIGENCIADAS”, “VULNERABILIDADE SOCIAL”, “SÍFILIS CONGÊNITA” E SUAS COMBINAÇÕES	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40
SEÇÃO 2 SÍFILIS CONGÊNITA NA BAHIA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM ESPACIAL	47
1 INTRODUÇÃO.....	49
2 METODOLOGIA.....	51
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
3.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS	54
3.2 ANÁLISE ESPACIAL DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	63
SEÇÃO 3 ESTRATÉGIAS DE COMBATE A SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA: ONDE ESTÃO OS ENTRAVERES?.....	67
1 INTRODUÇÃO.....	69
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	70
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	73
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
4.1 ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA O MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL.....	76
4.2 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS ESTADOS BRASILEIROS PARA O COMBATE A SÍFILIS CONGÊNITA	81
4.3 ATUAÇÃO MUNICIPAL PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS.....	101

DISCUSSÃO GERAL	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	111

INTRODUÇÃO GERAL

As Doenças Negligenciadas (DNs) possuem íntima relação com as populações que vivem em situação de vulnerabilidade social. Esse termo é aplicado para um grupo de patologias que apesar de, anualmente, ocasionarem o adoecimento de muitas pessoas, em todo o mundo, estão estreitamente relacionadas com a pobreza e não recebem muita atenção por parte dos investimentos em pesquisa científica, desenvolvimento de fármacos e técnicas de diagnóstico e tratamento para o seu manejo (FIOCRUZ, 2020).

Embora o termo “doenças negligenciadas” seja empregado com essa intenção, existe por parte dos pesquisadores mais sensíveis ao tema, a compreensão de que não cabe definir um rol de doenças específicas para os grupos vulneráveis, mas sim, entender que as populações socioeconomicamente desprivilegiadas estão mais susceptíveis a qualquer tipo de agravo em saúde, devido às diferenças impostas pelos determinantes sociais, o que faz com que o termo “doenças de populações negligenciadas” seja mais qualificado para explicar a associação entre as patologias e povos desfavorecidos (FIOCRUZ, 2011).

Concordando com as explicações postas no parágrafo anterior, esta dissertação optou pela utilização do último termo, por compreender que esta vem a ser a denominação mais alinhada com as intenções deste estudo que comunga do entendimento de que existem determinantes sociais capazes de influenciar o estado de saúde e bem estar das pessoas e suas famílias.

Em relação aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), Buss e Pellegrini Filho (2007) pontuam que existe uma variedade de conceitos sobre os mesmos, mas que, de forma comum, os autores partem da interpretação de que estas são condições de vida e trabalho que interferem na saúde dos indivíduos. Para Krieger (2001) estes fatores podem ser modificados desde que sejam elaboradas iniciativas ancoradas em informações fidedignas sobre a realidade das pessoas. A Comissão Nacional sobre DSS¹ (CNDSS, 2008) detalha que estes são os elementos socioeconômicos, psicológicos, comportamentais, culturais e étnicos/raciais que tornam as populações predispostas aos problemas de saúde.

¹ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada no dia 13 de março do ano de 2006, após ter sido iniciado uma movimentação, no ano anterior, por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) com o estabelecimento da Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A CNDSS foi instituída com os objetivos de produzir e fornecer conhecimento sobre os DSS da população brasileira, promover a mobilização social para a decisão dos temas que envolvem os DSS e corroborar para a elaboração de medidas públicas para alcançar a equidade em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Estes aspectos, quando discrepantes entre os grupos sociais, ocasionam iniquidades que são injustas, evitáveis e desnecessárias na saúde da população (WHITEHEAD, 1992). Conforme explica o Ministério da Saúde (2010), o adoecimento dos grupos mais pobres acentua as condições de vulnerabilidade social e, conseqüentemente, compromete o desenvolvimento do país.

No que diz respeito à vulnerabilidade social, esta não é tão simples de ser definida. Isso porque, existem múltiplos fatores que podem ser considerados para a formulação desse conceito e, estes, se relacionam com diferentes áreas do conhecimento (JANCZURA, 2012; SCHUMANN, 2014) como a economia (OLIVEIRA, 1995), a psicologia (YUNES; SZYMANSKI, 2001), sociologia (VIGNOLI, 2001) e a saúde (BUSSO, 2001). Embora estes autores estejam norteados por premissas de natureza distinta, todos partem da perspectiva de que, em alguma medida, esta é uma condição que coloca as pessoas à margem da sociedade e compromete o direito a uma vida saudável e com qualidade.

Entre as doenças que se relacionam com essa realidade, a Sífilis, todos os anos, representa um problema para a saúde pública, especialmente quando se manifesta em mulheres grávidas e ocasiona a Sífilis Congênita (SC) comprometendo, significativamente, a saúde fetal (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Por essa razão, ao longo do tempo, vários estudos, em várias partes do mundo, se desenvolveram com a intenção de melhor compreender as circunstâncias que favorecem a persistência da SC no cenário epidemiológico. Inicialmente, um estudo realizado na década de 90, em Nova York, conseguiu apontar uma estreita relação entre a pandemia de SC - 1987 a 1989 - ocorrida na cidade e o crescente consumo de drogas ilícitas, principalmente a cocaína, por parte de mulheres em fase gestacional (GREENBERG et al. 1991).

Mais tarde, outro estudo indicou que, para além dos fatores comportamentais, as fragilidades na rede de assistência para as gestantes, por meio do serviço de pré-natal, também contribuem para o aumento das notificações dos casos de SC (FRANÇA et al., 2005). Ainda assim, para Melo, Melo Filho e Ferreira (2011), o desenvolvimento da SC é motivado não somente pelo comportamento de risco e pela deficiência dos recursos assistenciais, mas, também, por questões de ordem socioeconômica.

No Brasil, com o intuito de propor o melhor manejo para a redução das notificações da Sífilis, seja ela adquirida ou congênita, colocou-se como medida o acompanhamento da patologia por parte do Programa Estratégia de Saúde da Família, que prevê condutas - identificação, tratamento e monitoramento - para a abordagem da doença. Entretanto, de acordo com Araújo et al. (2012), a baixa efetividade e alcance desse programa propiciou com que o

país continuasse a experimentar significativa incidência de SC a cada ano. Em função dessa evidência, outros estudos voltaram a associar os casos da doença com uma assistência de pré-natal deficitária (LIMA et al., 2013).

Contudo, uma pesquisa realizada em Shenzhen, na China, defende que não se pode negar que as atividades de rastreamento e a realização do tratamento adequado para a Sífilis, no período gravídico, são medidas eficazes para a redução dos casos de SC (HONG et al., 2017). Nesse período, alguns estudos, como os de Diorio, Kroeger e Ross (2018) e Slutsker, Hennessy e Schillinger (2018) retomaram o pensamento de que fatores sociais e comportamentais maternos também exercem influência direta sobre as notificações de SC. Essa percepção também é notada nos estudos de Pillay e Tooke (2019), onde os autores endossam o pensamento de que a ocorrência de SC está atrelada ao comportamento de risco, mas, sobretudo, aos aspectos ligados à vulnerabilidade social.

De um modo geral, os autores já elencados pautam a discussão sobre a SC como uma doença intimamente relacionada às condutas comportamentais e à má qualidade dos serviços assistenciais. Por isso, numa contínua tentativa de identificar os elementos que perpetuam a SC, surge uma tendência de sofisticação dos recursos metodológicos como visto no estudo de Nunes et al. (2021), no qual os autores, através da aplicação de mecanismos de geoprocessamento, indicaram a existência de uma relação entre o aumento dos casos Sífilis e os indicadores sociais do estado de Goiás.

A Sífilis é classificada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que se manifesta por meio de lesões indolores, podendo evoluir com manchas distribuídas pelo corpo, dor de cabeça, febre, e em caso tardio, lesões ósseas, cardiovasculares e neurológicas, com potencial para ocasionar a morte (BRASIL, 2010).

Além dessas características, quando acomete mulheres em fase gestacional, o *T. pallidum* ultrapassa a barreira placentária (transmissão vertical), comprometendo a saúde fetal podendo ocasionar lesões na pele e nas mucosas, exantema maculoso, fissuras anais, má formações em diversos órgãos, complicações neurológicas e medulares e, até mesmo, a morte prematura (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Estas manifestações dependem da fase de desenvolvimento da doença no organismo humano, sendo elas: primária, secundária, latente e terciária, e da realização ou não do tratamento adequado que é amplamente realizado com a administração da penicilina benzatina (BRASIL, 2010). Na fase primária, ocorre o surgimento de uma lesão única, indolor e sem prurido ou secreções no local de entrada da bactéria, sendo esse o primeiro indício de contágio do indivíduo pelo o *T. pallidum*, que pode surgir até 90 dias após o contato (SESAB, 2022).

Ainda segundo a mesma fonte, na fase secundária, entre seis semanas e seis meses após o contato, pode ser percebido o aparecimento de outros sinais e sintomas, tais como: hipertermia, cefaleia, indisposição, ínguas e manchas vermelhas dispersas pela pele, normalmente desacompanhadas de prurido. Já na fase latente, não se evidencia a presença de sintomatologia, seja ela recente (até dois anos após o contágio) ou tardia (mais de dois anos após o contágio) e, a terceira fase, que pode se estabelecer até 40 anos após a infecção, e poderão ser evidenciados comprometimentos mais severos nos sistemas cardiovascular, ósseo, neurológico e na pele (SESAB, 2022).

Por essas razões, várias pesquisas se dedicam a tratar sobre o tema. Um estudo realizado num hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil, com 63 gestantes com diagnóstico de Sífilis, identificou que do total de gestantes, 66,7% possuíam menos de 30 anos de idade, 63,5% tinham ensino fundamental incompleto, 82,5% não brancas (autodeclaração), 65% não tinham emprego, 73% contavam com menos de um salário mínimo por mês e 90% praticavam relação sexual sem preservativo (RIBEIRO et al., 2020).

Os dados comentados anteriormente, revelam que o comportamento sexual de risco, embora muito representativo, não significa, sozinho, o único fator que favorece a contaminação das gestantes por Sífilis, e conseqüentemente, o desenvolvimento da SC. Em associação a essa realidade, também se relacionam outras condições, como a vulnerabilidade socioeconômica.

As lacunas nos estudos voltados para o entendimento das doenças relacionadas com a pobreza, fazem com que, estas, sejam cada vez mais negligenciadas, se instalem e se desenvolvam sob pouca resistência das políticas públicas de saúde (FIOCRUZ, 2020). Segundo a organização internacional *The Drugs for Neglected Diseases Initiative*, suprir tal carência em pesquisas é indispensável para o controle e combate dessas doenças (DNDi, 2012). No que tange, especificamente, à SC, os estudos identificados no estado da arte, possuem um foco muito grande na abordagem da doença, em sua definição, sintomatologia, possíveis sequelas para o indivíduo acometido e na sua capacidade de provocar complicações no desenvolvimento fetal.

Por essa razão, o cumprimento desta pesquisa se justifica devido a necessidade de identificar quais os fatores sociais estão intimamente ligados com a ocorrência da SC na Bahia, onde não foram identificados estudos, com abordagem holística, que tivessem o objetivo de compreender em que medida os indicadores socioeconômicos dos municípios do estado se relacionam com os casos de SC.

Além disso, este estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre os temas que são tratados pela linha de pesquisa "Desenvolvimento e Políticas Regionais" que se

desenvolve no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU), por meio de um diagnóstico multidisciplinar que tem a intenção de auxiliar os gestores na elaboração e/ou aprimoramento de políticas públicas de saúde e na identificação de áreas prioritárias para a destinação de recursos para o enfrentamento da doença, tanto na esfera municipal quanto estadual.

Do ponto de vista epidemiológico, a Sífilis representa um dos grandes desafios para a gestão da saúde pública brasileira. Isso porque, segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis (MS, 2021), foram notificados 115.371 casos de Sífilis Adquirida (SA), 61.441 casos de Sífilis em Gestante (SG) e 22.065 casos de SC em todo o país, durante o ano de 2020. Para o Ministério da Saúde, dados como os citados anteriormente caracterizam um cenário epidêmico da doença, que se instala no país mesmo com todas as estratégias existentes para o manejo da patologia, representando significativos gastos financeiros em saúde (KIARIE et al. 2015).

Na observação por regiões, o Nordeste ocupa a terceira posição no quantitativo de casos de SA e, quando se trata da SG e da SC, interesse deste estudo, o Nordeste é a segunda região onde a quantidade de notificações é mais representativa (MS, 2021). Na Bahia, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Estado (SESAB, 2021), em 2018, as taxas de detecção da doença foram de 85,5 casos por 100.000 habitantes (SA), 21,3 casos (SG) e 7,3 casos (SC), sendo estes dois últimos por 1.000 nascidos vivos.

Do ponto de vista social, a SC compromete a qualidade de vida dos adoecidos (ALBUQUERQUE et al., 2015). Esta interferência, pode se estabelecer por meio de malformações fetais, complicações no desenvolvimento infantil e, até mesmo, o óbito (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006) que, de acordo com a SESAB (2019), ocorreu em 8,3 casos por 100.000 nascidos vivos, registrados em 2018. Esse cenário, por consequência, compromete a garantia dos direitos humanos, estando entre eles, o direito à saúde, que segundo Alvarenga e Melo (2018) é fundamental para que seja possível garantir outros direitos, como o direito ao desenvolvimento, sendo esta uma alternativa importante para a diminuição da heterogeneidade socioeconômica entre as populações.

A relação entre saúde e desenvolvimento não é recente. Entretanto, apesar do conceito de desenvolvimento mostrar-se atrelado às mais variadas áreas, é sabido que, por muito tempo, a ideia de desenvolvimento esteve fortemente sustentada pela abordagem econômica, conforme evidenciado por Greve (2022). Contudo, as transformações sociais fizeram com que o desenvolvimento pudesse ser pensado tanto a partir do nicho econômico, através do sucesso dos meios de produção, quanto por um ângulo mais amplo, por meio do suprimento das necessidades humanas como saúde, habitação e alimentação, sendo que, o acúmulo de riquezas

não garante que os grupos que a detém, consigam suprir as suas necessidades (FURTADO, 2000).

Para Greve (2022), o entrelaçamento entre desenvolvimento e saúde, pode ser exemplificado pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que consiste em uma medida utilizada para inferir sobre o grau de desenvolvimento de municípios, estados e países, fundamentada no tripé: economia, educação e saúde. Tendo construído o referido índice, Amartya Sen coloca a sua perspectiva sobre as conexões entre saúde e desenvolvimento por meio da teoria do desenvolvimento como liberdade. Pelas palavras do economista:

[...] a privação de liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais (SEN, 2010, p.17).

No mesmo texto, o autor explica que a evolução das condições econômicas contribuem para a expansão das liberdades por parte dos indivíduos, mas também, essa melhoria das circunstâncias sociais carece da presença de mecanismos que promovam educação, saúde e que permitam a inserção das pessoas como agentes do processo de decisões públicas (SEN, 2010).

Em face ao exposto, esta dissertação se motiva pelo seguinte questionamento: Em que medida a distribuição dos casos de Sífilis Congênita registrados na Bahia, entre os anos de 2011 e 2020, foram influenciados pelos indicadores socioeconômicos dos municípios do Estado?

Para atender a pergunta de pesquisa, esta dissertação tem como objetivo geral: Investigar em que medida a distribuição dos casos de sífilis congênita, registrados na Bahia, entre os anos de 2011 e 2020, foram influenciados pelos indicadores socioeconômicos dos municípios do Estado. Para alcançar o objetivo geral e, conseqüentemente, responder à questão norteadora, esta dissertação possui seis objetivos específicos, a saber: i) Discutir a relação entre as doenças negligenciadas e a vulnerabilidade social; ii) Compreender a dinâmica da Sífilis Congênita e os fatores determinantes para a sua incidência; iii) Caracterizar o perfil socioeconômico das genitoras dos menores de um ano de idade acometidos pela Sífilis Congênita nos municípios baianos; iv) Analisar a evolução quantitativa e a distribuição espacial da Sífilis Congênita na Bahia; v) Identificar possíveis relações entre a distribuição espacial da Sífilis Congênita e o Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios baianos; vi) Analisar as estratégias públicas desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal para o enfrentamento da Sífilis Congênita, com enfoque para o estado da Bahia.

No que diz respeito a sua estruturação, esta dissertação encontra-se organizada em três artigos que foram elaborados de acordo com os objetivos supracitados e conforme suas respectivas metodologias, a saber: i) Vulnerabilidade Social e suas interconexões com a Sífilis Congênita: o que diz a literatura? sendo do tipo revisão sistemática; ii) Sífilis Congênita na Bahia no século XXI: uma abordagem espacial, possuindo perfil ecológico, se utilizando de dados secundários e adotando como estratégia metodológica os recursos de geoprocessamento (QGIS e GeoDa) e iii) Estratégias de combate à Sífilis Congênita no Estado da Bahia: onde estão os entraves? tendo recorrido a análise documental e a aplicação de entrevistas semiestruturadas. Os esforços para a realização deste estudo encontram-se dispostos nas próximas laudas e, em sequência, estão expressas as considerações finais.

**SEÇÃO 1 VULNERABILIDADE SOCIAL E SUAS INTERCONEXÕES COM A
SÍFILIS CONGÊNITA: O QUE DIZ A LITERATURA?**

VULNERABILIDADE SOCIAL E SUAS INTERCONEXÕES COM A SÍFILIS CONGÊNITA: O QUE DIZ A LITERATURA?

Brenda Laudano Lima²

RESUMO

Embora a Sífilis seja uma doença milenar, ainda é um problema para a saúde pública, especialmente na sua forma congênita e em regiões menos desenvolvidas, o que suscita, por parte da academia, melhor compreensão sobre os aspectos que favorecem a sua ocorrência. Considerada uma doença negligenciada pelo *mainstream*, existem questionamentos quanto a esta classificação. Isto posto, este artigo buscou discutir como as categorias: sífilis congênita, vulnerabilidade social e doenças negligenciadas têm sido relacionadas pela literatura científica, bem como levantar os condicionantes mais utilizados para nortear essas análises. Adotando a revisão sistemática, este estudo incluiu 36 artigos, rastreados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online (SciElo)*, *Web of Science* e *Scopus*. Como conclusões, foi possível evidenciar que a discussão da Sífilis Congênita variou ao longo do tempo, apresentando três correntes de abordagem: comportamental, assistencial e social. Em concordância, os autores da última corrente reconhecem a existência de um cenário de vulnerabilidade para a referida doença, representado por características sociodemográficas maternas, como a escolaridade reduzida, raças parda e preta, adultas jovens e residentes de localidades com baixa prosperidade. Ainda, alertam para a necessidade de que sejam realizados investimentos em ações sociais, interdisciplinares, para o manejo adequado do problema. Na ocasião, foram percebidos relatos sobre as fragilidades impostas às análises, pela subnotificação dos casos de sífilis congênita.

Palavras-chave: iniquidades sociais. doenças negligenciadas. determinantes sociais da saúde. assistência em saúde.

ABSTRACT

Although syphilis is an ancient disease, it is still a public health problem, especially in its congenital form and in less developed regions, which raises, on the part of academia, a better understanding of the aspects that favor its occurrence. Considered a neglected disease by the mainstream, there are questions about this classification. That said, this article sought to discuss how the categories: congenital syphilis, social vulnerability and neglected diseases have been related by the scientific literature, as well as to raise the most used conditions to guide these analyses. Adopting a systematic review, this study included 36 articles, tracked in the Scientific Electronic Library Online (SciElo), Web of Science and Scopus databases. As conclusions, it was possible to show that the discussion of congenital syphilis varied over time, presenting

² Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador (UNIFACS). Bolsista CAPES. Bacharel em Enfermagem (UNIFACS). E-mail: brendallaudano@gmail.com.

three approaches: behavioral, care and social. Accordingly, the authors of the last current recognize the existence of a scenario of vulnerability for the referred disease, represented by maternal sociodemographic characteristics, such as low schooling, brown and black races, young adults and residents of places with low prosperity. Still, they warn of the need for investments to be made in social, interdisciplinary actions, for the proper handling of the problem. At the time, reports were perceived about the weaknesses imposed on the analyzes, due to the underreporting of cases of congenital syphilis.

keywords: social inequities. neglected diseases. health determinants. health assistance.

1 INTRODUÇÃO

No que concerne à vulnerabilidade social, é desafiador estabelecer uma definição capaz de alcançar todas as áreas e perspectivas que se relacionam com esse contexto. Sabendo disso, este estudo adotou o conceito de vulnerabilidade a partir do ponto de vista da (in)capacidade de enfrentar riscos. Dessa forma, Adger (2006) e Cutter (1996) abordam duas faces da vulnerabilidade: sendo o estado de debilidade das pessoas frente aos agravos que surgem das modificações na sociedade, mas também, sendo as (des)vantagens dos indivíduos para se adaptarem ou enfrentarem essas tensões.

Estas fragilidades não dizem respeito, apenas, aos aspectos sociodemográficos, mas ainda, a outros elementos, estando entre eles o acesso aos serviços de saúde (CUTTER, 1996), as condições socioeconômicas e, até mesmo, culturais que são oriundas tanto da própria sociedade quanto do mercado e do Estado e que interferem na movimentação dos indivíduos e grupos dentro de uma hierarquia social (VIGNOLI, 2001).

Entre as doenças relacionadas com as populações socialmente vulneráveis, este artigo buscou inferir sobre a Sífilis Congênita (SC). De acordo com Avelleira e Bottino (2006), todos os anos a Sífilis representa um importante problema de saúde pública, especialmente quando se manifesta em mulheres grávidas e ocasiona a SC comprometendo, significativamente, a saúde fetal.

No Brasil, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS, 2021) informou que, no ano anterior a sua publicação, foram notificados 22.065 casos de SC, o que resultou numa

incidência de 7,7 casos por mil nascidos vivos³ no país, sendo estes, filhos de mulheres jovens, tendo entre 20 e 29 anos de idade, que se autodeclararam pardas e que possuem baixa escolaridade. Considerando o número absoluto de diagnósticos, 8,2% dessas ocorrências evoluíram para um desfecho desfavorável como óbitos, abortos e natimortos.

Embora a SC não tenha sido incluída na lista das 20 doenças tropicais negligenciadas, que foram contempladas pelas estratégias e metas do roteiro para extinguir a negligência e alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável, até o ano de 2030, elaborado pela *World Health Organization* (WHO, 2022), a doença é reconhecida pela literatura como negligenciada (ROCHA, 2019) e como um problema de saúde pública que vincula-se com a realidade de comunidades vulneráveis (VASCONCELOS et al., 2020; VIANNA et al., 2017).

Além disso, por parte da comunidade científica, ainda existem divergências até mesmo sobre a utilização do termo “negligenciada”, comumente empregado para caracterizar as patologias e não os indivíduos socialmente desfavorecidos. Quando associadas às doenças, estas aparecem definidas como um grupo de enfermidades que apesar de serem responsáveis pelo adoecimento de muitas pessoas, anualmente, em todo o mundo, estão estreitamente relacionadas com a pobreza e não recebem muita atenção por parte dos investimentos em pesquisa científica, desenvolvimento de fármacos e técnicas de diagnóstico e tratamento para o seu manejo (FIOCRUZ, 2020).

Notícias veiculadas pela Agência Brasil (2022), revelaram que os casos de adoecimento causados por Doenças Negligenciadas (DNs), notadamente aquelas que melhor se desenvolvem em regiões tropicais, tiveram mais desfechos de óbito no decorrer dos últimos dois anos, 2020 e 2021. Ainda de acordo com informações postas pela agência, o cenário tornou-se mais insatisfatório devido ao período pandêmico que endossou a desassistência às pessoas socialmente vulneráveis.

O Ministério da Saúde (2010) chama a atenção para o fato de que as DNs perpetuam as condições de vulnerabilidade social e, por consequência, comprometem o desenvolvimento do país. Ao promoverem a manutenção da pobreza, essas doenças interferem na qualidade de vida das populações, sobretudo aquelas que se inserem em regiões com baixo desenvolvimento, como países da África, Ásia e América Latina (NHR BRASIL, 2022).

³ De acordo com a meta revisada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2017), os países devem realizar esforços para combater o avanço da sífilis congênita em seus territórios, tendo em consideração a meta de até 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 NV (OPAS, 2017).

Isto posto, este artigo buscou discutir como as categorias: sífilis congênita, vulnerabilidade social e doenças negligenciadas têm sido relacionadas pela literatura científica, bem como levantar os condicionantes mais utilizados para nortear essas análises. No que diz respeito à estrutura, este artigo se encontra organizado em cinco seções. Sendo a primeira esta Introdução e a última, as Considerações Finais. A segunda seção se incumbem de trazer um referencial teórico, a terceira seção informa ao leitor a trilha metodológica que foi percorrida e, a quarta seção, dispõe os resultados e oferece uma discussão entre eles.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Sífilis é classificada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* que afeta exclusivamente o ser humano, predominantemente, por meio da prática sexual, sem preservativo, com um indivíduo infectado (MS, 2022). Ainda de acordo com essa fonte, mesmo sendo uma doença curável, quando atinge mulheres grávidas e, estas, não recebem o tratamento adequado⁴ e em tempo hábil, pode culminar na transmissão vertical e desencadear a SC, afetando a saúde dos menores acometidos através de malformações ósseas, cegueira, surdez e deficiência mental, além da possibilidade de provocar partos prematuros, abortos espontâneos e óbitos neonatais.

Já tendo sido mencionado, na seção anterior, sobre o conceito de DNs e sabendo que a SC não aparece entre as patologias listadas nesse grupo, é necessário trazer o comentário de que existem autores conseguindo evidenciar a relação entre a SC e a condição de vulnerabilidade em que os menores e suas genitoras estão inseridos, a partir da utilização de indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁵ (RODRIGUES et al., 2022),

⁴ Em relação ao tratamento para sífilis na gestante, considera-se adequado todo aquele que tenha sido realizado de forma completa, em obediência ao estágio da doença, com a utilização da penicilina e que tenha sido finalizado, no mínimo, 30 dias antes do momento do parto. Além disso, é indispensável que o parceiro sexual da gestante também seja tratado no mesmo período (BVSMS, 2006).

⁵ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi elaborado em 1990, pelos economistas Mahbub ul Haq e Amartya Sen, com o objetivo de medir o desenvolvimento social, levando em consideração a renda, a educação e a saúde. A medida passou a ser utilizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com a finalidade de classificar os países em relação à capacidade de promover qualidade de vida aos seus habitantes. O índice é interpretado a partir de uma escala que vai de 0, piores condições das categorias consideradas, e 1 melhores condições (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Produto Interno Bruto (PIB)⁶, Índice de Gini⁷ (STOCCO, 2019) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)⁸ (NASCIMENTO, 2020).

Contudo, no âmbito deste artigo, cabe comentar que algumas questões ainda precisam ser esclarecidas quando se busca tratar sobre doenças e populações negligenciadas, entre elas, a própria utilização desses termos. Isso porque, existe por parte dos pesquisadores sobre o tema, a tentativa de oferecer uma denominação mais adequada para definir a relação entre as doenças e os grupos sociais em estado de vulnerabilidade.

Pensando por essa outra perspectiva que se coloca nos debates sobre o assunto, Alberto Pellegrini Filho, Coordenador do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (Cepi-DSS/Fiocruz), traz a discussão de que:

Hoje, são as populações de menor renda ou de menor escolaridade as que sofrem mais de todos os tipos de doenças. O que nós temos hoje claramente é que, qualquer que seja a doença, há um escalonamento da sua distribuição na população de acordo com a estratificação social, com maior predominância nas classes de baixa renda. Então, nosso grande problema de saúde é combater essas iniquidades na saúde, que são as diferenças injustas e evitáveis, causadas por determinantes sociais (FIOCRUZ, 2011).

Em reflexão ao que foi posto, caberia então observar o contexto pela ótica de que existem grupos populacionais que estão mais susceptíveis a qualquer tipo de patologia e, não apenas ao rol de doenças definidas como negligenciadas. Isso por causa da precariedade relacionada aos aspectos sociais, econômicos, alimentares, educacionais, habitacionais, de saneamento básico, culturais, entre outras condições em que parte da população se insere.

Sobre essa concepção, podemos começar a compreender que essas doenças só não são melhor controladas e combatidas porque elas atingem uma parte da população que não recebe

6 O Produto Interno Bruto (PIB) é um indicador econômico composto pelo somatório de todos os bens e serviços finais que um município, estado ou país produz (IBGE, 2022).

7 O índice de Gini ou Coeficiente de Gini consiste num instrumento, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, utilizado para medir a concentração de renda de um município, estado ou país apontando discrepâncias entre o rendimento dos grupos observados, ainda, sobre sua interpretação, os resultados podem apresentar valores de zero a um, onde quanto mais próximo de um for o resultado, maior a desigualdade entre o grupo analisado (WOLFFENBUTTEL, 2004).

8 O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é uma medida elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) através da construção de 16 indicadores que foram organizados em três dimensões, sendo elas: renda e trabalho, infraestrutura urbana e capital humano. A medida é interpretada considerando uma escala que vai de 0 a 1, dividida em cinco faixas, a saber: 0 a 0,200 (muito baixa), 0,200 a 0,300 (baixa), 0,300 a 0,400 (média), 0,400 a 0,500 (alta) e 0,500 a 1 (muito alta) (IPEA, 2022).

protagonismo nas pautas das reuniões sobre a destinação dos investimentos e recursos públicos e, que não despertam o interesse financeiro da indústria farmacêutica (DNDi, 2018).

Concordando com essa argumentação, pesquisadores mais sensíveis ao tema, colocam formas mais justas de classificar e nomear essas doenças, como o chefe do Laboratório de Patologia e Biologia Molecular da Fundação Oswaldo Cruz, Mitermayer Galvão dos Reis, que defende a importância da utilização de termos como “doenças de populações negligenciadas”, porque parte do entendimento de que os grupos socioeconomicamente desprivilegiados é que concentram mais casos de doenças, de um modo geral, quando comparados com classes mais prósperas da sociedade (FIOCRUZ, 2011).

Assim como a *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi, 2018), organização para pesquisa e desenvolvimento (P&D), sem fins lucrativos, que ao abordar essa temática, endossa o discurso sobre a importância de se pensar na negligência como uma caracterização para as populações e não para as patologias, através da utilização de termos como “pacientes negligenciados” e “populações negligenciadas”. Este último também surge sendo utilizado por instituições de ensino (MEC/UFLA, 2021).

Por parte da literatura acadêmica e dos debates em saúde, ainda é incomum encontrar materiais que proponham essa discussão ou empreguem essa outra forma de denominar o vínculo entre as populações mais carentes e os agravos à saúde. Contudo, já existe a percepção de que não cabe mais desviar das vulnerabilidades de uma população, quando se pretende analisar o comportamento de uma doença.

Isso se revela na adoção de um olhar mais sensível sobre o processo de saúde-doença que tem sido um investimento por parte da saúde pública há mais de 20 anos, a partir da utilização do conceito de vulnerabilidade que, atualmente, fundamenta um discurso sobre a existência de aspectos que são externos ao indivíduo, mas que favorecem o seu adoecimento, tais como as condições sociais, econômicas e culturais (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Entretanto, cumpre destacar que no caso da área de saúde, a definição de vulnerabilidade não foi aplicada inicialmente com esse objetivo. Ao invés disso, o termo surgiu sendo utilizado por estudos que possuíam como enfoque de análise, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (VIEIRA; MENDES, 2011). Também discorrendo sobre a vulnerabilidade por esse ângulo, Sousa, Miranda e Franco (2011), destacam que a vulnerabilidade às doenças se estabelece de forma heterogênea entre as pessoas, seus grupos e regiões em que se inserem,

estando muito familiarizada com uma situação de pobreza, insegurança econômica e educacional.

Ainda tecendo argumentos sobre o conceito de vulnerabilidade social, este aparece relacionado com diversas áreas do conhecimento e com diferentes intenções, conforme expõe a análise desta categoria realizada por Schumann (2014), na qual a autora compreende que a construção teórica da vulnerabilidade social perpassa por multidimensões e fundamenta-se em três pilares: o risco, a (in)capacidade de enfrentá-los e pela junção destes dois últimos pontos de vista, associados com as condições que os indivíduos possuem para se recuperarem dessas tensões. Após realizadas todas essas explanações, segue-se para as outras seções que compõem este artigo.

3 METODOLOGIA

Para sua realização, este estudo se apropriou da técnica de revisão sistemática. Autores como Cook, Mulrow e Haynes (1997) explicam que esta estratégia de revisão tem a intenção de rastrear, selecionar, ordenar e sintetizar as produções, de natureza primária, que estejam à disposição no estado da arte sobre um referido tema.

Para que este modelo de revisão seja exitoso, não se pode negligenciar a adoção de uma sequência de etapas, a saber: i) Formulação de uma pergunta de pesquisa; ii) Rastreamento das produções no estado da arte; iii) Triagem dos artigos; iv) Seleção das informações presentes nos materiais; v) Avaliação da coerência metodológica; vi) Organização dos dados; vii) Qualificação dos achados postos pelos artigos e, por fim viii) Escrita do texto para exposição e tratamento dos resultados eleitos após aplicados os critérios anteriores (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Este estudo foi motivado pelas seguintes questões: De que maneira a literatura científica se posiciona sobre a relação entre as categorias: “sífilis congênita”, “vulnerabilidade social” e “doenças negligenciadas”? Além disso, quais os condicionantes mais utilizados para nortear essas análises?

Para a construção deste estudo, foram considerados somente artigos, rastreados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Web of Science* e *Scopus*. Foram eleitos três descritores, sendo eles: Doenças Negligenciadas, Vulnerabilidade Social e Sífilis Congênita. Estes foram combinados entre si com a utilização do operador booleano “AND” que

foi aplicado entre eles. Além disso, as aspas acompanharam todos os descritores com a intenção de aumentar a precisão dos achados durante as buscas.

Desse modo, foram aplicadas as seguintes combinações: “Doenças Negligenciadas” AND “Vulnerabilidade Social” AND “Sífilis Congênita”; “Doenças Negligenciadas” AND “Vulnerabilidade Social”; “Doenças Negligenciadas” AND “Sífilis Congênita” e “Vulnerabilidade Social” AND “Sífilis Congênita”.

Posteriormente, com a intenção de identificar o maior quantitativo de artigos possível, estes descritores também foram traduzidos para a língua inglesa e foram aplicados nas mesmas bases de dados, adotando os mesmos critérios de busca, sendo então: “*Neglected Diseases*” AND “*Social Vulnerability*” AND “*Congenital Syphilis*”; “*Neglected Diseases*” AND “*Social Vulnerability*”; “*Neglected Diseases*” AND “*Congenital Syphilis*” e “*Social Vulnerability*” AND “*Congenital Syphilis*”.

Adicionalmente, aplicou-se critérios para que as produções fossem incluídas ou excluídas, a saber: foram admitidos somente artigos, escritos na língua portuguesa, espanhola ou inglesa, independente do ano de sua publicação e, em fidelidade aos critérios de uma revisão sistemática, já descritos anteriormente. Foram excluídos os artigos de revisão, de quaisquer naturezas. O rastreamento dos artigos se deu pelo espaço de “busca avançada” em todas as plataformas.

Ainda, é necessário informar que este estudo buscou captar algumas informações pontuais dos artigos incluídos na análise, tais como: o posicionamento dos autores sobre a SC ser incluída ou não no rol das doenças tidas como negligenciadas, as variáveis consideradas para avaliar a relação entre vulnerabilidade social e SC, as fontes utilizadas para a coleta de dados e as reflexões dos estudos sobre a subnotificação dos casos da doença.

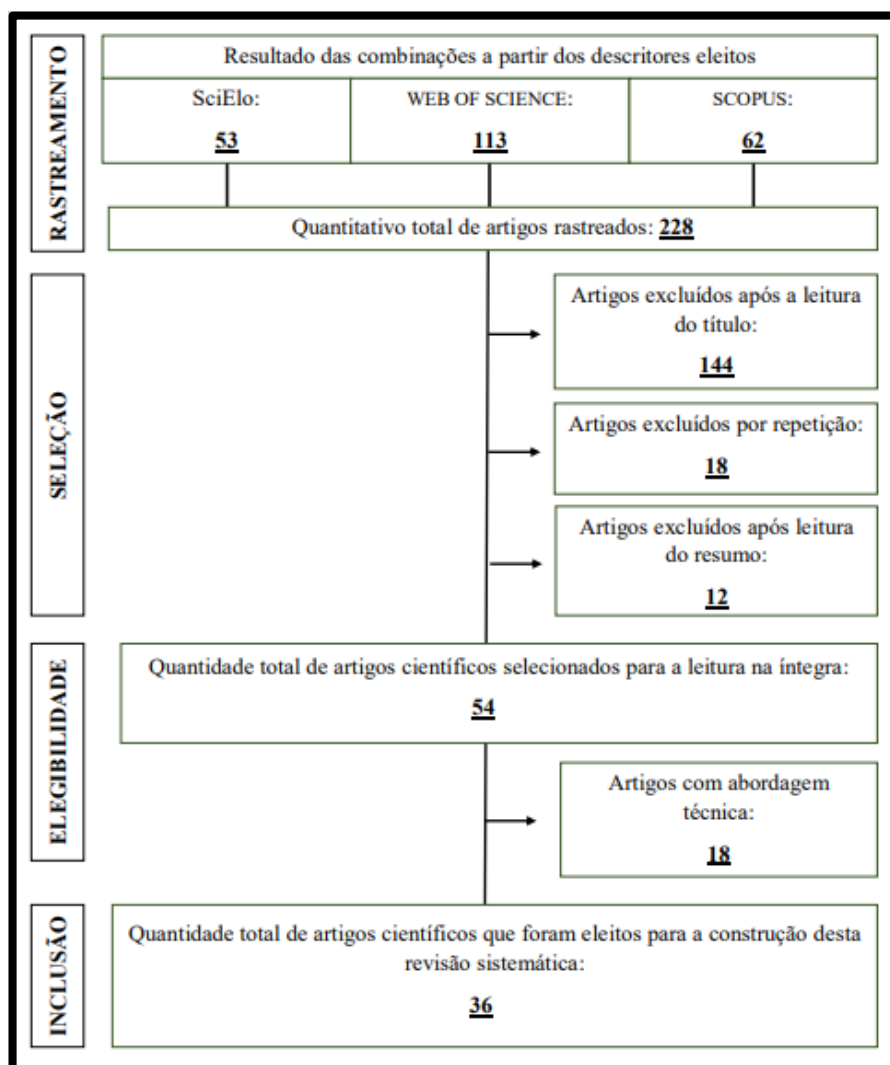
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, constam os resultados dos esforços para a realização deste estudo. Foi traçado um debate entre os achados, discussões e conclusões das publicações incluídas, com a intenção de expor de que maneira as categorias selecionadas para este artigo encontram-se abordadas e relacionadas na literatura de cunho científico.

4.1 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS ARTIGOS QUE FORAM SELECIONADOS PARA A CONSTRUÇÃO DESTA PRODUÇÃO

Após cumpridas todas as etapas descritas na seção anterior, foram triados e incluídos 36 artigos para compor esta revisão sistemática. Isso representa uma amostra de 15,7% do total de artigos que foram identificados. O fluxo descritivo do processo de rastreamento, seleção, elegibilidade e inclusão, além de todos os critérios aplicados, podem ser visualizados na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do caminho trilhado para a eleição dos artigos com a aplicação dos descritores selecionados para este estudo



Fonte: Elaboração Própria (2022).

Na fase de rastreamento, primeira etapa, foram identificados um total de 228 artigos oriundos das três bases utilizadas: *SciElo* (23,2%), *WEB OF SCIENCE* (49,6%) e *SCOPUS* (27,2%). Em sequência, 100% dos artigos capturados das bases entraram na segunda etapa,

Seleção, na qual 63,15% foram excluídos após a leitura do título ter sugerido um distanciamento da abordagem de interesse deste estudo. Algumas produções foram encontradas em mais de uma base de dados e por isso foram consideradas apenas uma vez, sendo então descartadas as repetições, 7,89% dos artigos.

Considerando que uma revisão integrativa demanda precisão na busca das produções que compõem sua construção, realizou-se a leitura dos resumos com a intenção de filtrar os artigos que intimamente se relacionam com as intenções deste estudo. Por esse critério, 5,26% não foram selecionados. Os critérios aplicados fizeram com que dos 228, somente 54 (23,68%) artigos seguissem para a etapa seguinte.

Na terceira etapa, Elegibilidade, 33,3% dos artigos foram desconsiderados para o estudo devido ao seu perfil técnico. Desse modo, apenas 15,7% dos artigos presentes na amostra inicial foram incluídos neste estudo. Todos foram lidos na íntegra e algumas informações foram depreendidas, a saber: ano da publicação, idioma, origem geográfica da produção, periódico pelo qual a publicação foi divulgada à comunidade científica e as características metodológicas.

No que se refere à periodicidade, entre os artigos incluídos, a distribuição é inconstante, tendo sido encontrados estudos no período de 2011 a 2021, com picos nos anos de 2015, 2019 e, especialmente, em 2020 onde foi encontrado o maior número de publicações, sendo 30,5% (11) dos artigos.

Em relação ao idioma, foram encontrados artigos escritos em português (33,3%), inglês (63,8%) e espanhol (2,7%) que partiram de países como Holanda, Suíça, Tailândia e Uruguai, que juntos representaram 10,8% dos artigos, Estados Unidos com 8,3% e o Brasil, que abrigou o maior percentual de publicações, 80,5%. No tocante aos periódicos eleitos pelas publicações, estes foram muito diversificados, mas a maioria das produções estavam vinculadas a periódicos que tratam temas relacionados com a área de saúde pública e saúde coletiva.

Observando as características metodológicas, foi possível identificar que 91,6% dos artigos possuem perfil quantitativo e que em 19,4% das produções os autores elegeram o modelo ecológico⁹ para observar a relação entre as doenças e as variáveis selecionadas. Além disso, foi notório o investimento em recursos para a sofisticação da análise de dados, onde 50%

⁹ O estudo ecológico é uma estratégia de pesquisa que permite a compreensão sobre o comportamento de uma doença a partir da análise desta, concomitantemente, com elementos sociais e coletivos pertencentes ao grupo populacional observado pela análise (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

das produções se apropriaram da técnica de geoprocessamento para interpretar os dados tratados em suas pesquisas. Em associação, foram incluídos dois artigos capturados das referências dos artigos incluídos e que se encaixavam nos critérios de inclusão desta revisão integrativa. Na próxima seção, será possível visualizar um debate entre esses estudos e seus achados.

4.2 DISCUSSÃO POSTA A PARTIR DA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE AS CATEGORIAS “DOENÇAS NEGLIGENCIADAS”, “VULNERABILIDADE SOCIAL”, “SÍFILIS CONGÊNITA” E SUAS COMBINAÇÕES

Nesta revisão sistemática, não foram identificados artigos que utilizassem em seus títulos e textos termos como “doenças de populações negligenciadas” (apesar de alguns terem referenciado materiais que comungam com essa maneira de denominar a relação entre as doenças e as populações desfavorecidas). Entretanto, foi percebido um grande esforço por parte dos autores para a investigação das patologias pela perspectiva da vulnerabilidade socioeconômica em que se encontram as populações.

Em função dos descritores e combinações aplicadas, foram encontrados outros estudos que não possuem enfoque para a SC, mas também foram considerados por este artigo, uma vez que essas produções serviram para informar quais os agravos, normalmente, são apresentados pela literatura quando se busca por doenças negligenciadas e vulnerabilidade social. Os artigos encontrados e as respectivas patologias analisadas podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos identificados por meio da combinação entre os descritores “doenças negligenciadas” AND “vulnerabilidade social”

Descritores	Autores(as)	Patologias
<p>“Doenças Negligenciadas” AND “Vulnerabilidade Social”</p> <p>“Neglected Diseases” AND “Social Vulnerability”</p>	(CARVALHO; MAGALHÃES; MEDRONHO, 2017)	Dengue
	(MENDES et al., 2021)	Tuberculose
	(BULSTRA et al., 2021) (FERREIRA et al., 2020) (MONTEIRO et al., 2017) (NASCIMENTO et al., 2020) (SOUZA et al., 2019) (SOUZA; LUNA; MAGALHÃES, 2019)	Hanseníase
	(ALMEIDA et al., 2020) (SANTANA et al., 2021) (RIBEIRO et al., 2021)	Leishmaniose Visceral
	(PAZ et al., 2020) (WANDERLEY et al., 2021)	Esquistossomose
	(SILVA et al., 2019)	Micoses
	(NUNES et al., 2017)	HTLV-1
	(VILLAR et al., 2020)	Toxoplasmose
	(JACKSON; CHAPPUIS, 2011) (MONTENEGRO et al., 2017)	Doença de Chagas
	(NOBLE; AUSTIN, 2016)	Malária
	(ONG et al., 2016)	Opistorquíase

Descritores	Autores(as)	Patologias
	(SCHNEIDER et al., 2011)	Esquistossomose Filariose Oncocercose Raiva Humana Tracoma

Fonte: Elaboração própria (2022).

Considerando o exposto no Quadro 1, a combinação entre os descritores “doenças negligenciadas” AND “vulnerabilidade social” (considerada tanto em português quanto a tradução para o inglês) é responsável por 55,5% (20) dos artigos incluídos neste estudo. Com essa combinação, não foi possível encontrar pesquisas que tivessem a SC como interesse de investigação em suas análises e que também atendessem aos critérios deste estudo. Por meio destas, foram identificadas outras 11 doenças, sendo que entre elas, as produções sobre a hanseníase foram mais numerosas, representando 30% (6) das publicações oriundas dessa combinação. É oportuno comentar que entre essas patologias, o HTLV-1, a tuberculose, toxoplasmose e malária não fazem parte da lista das doenças tropicais negligenciadas, assim como a SC (WHO, 2022).

De modo geral, essas produções partiram de autores que conseguiram identificar algum tipo de interação entre as doenças analisadas em seus estudos e os grupos socioeconomicamente vulneráveis, trazendo a interpretação de que os indivíduos que se encontram nos bolsões de pobreza estão mais propensos ao adoecimento quando comparados com aqueles que não se inserem nesse contexto e não residem em municípios que possuem baixa expectativa de desenvolvimento.

De acordo com Carvalho, Magalhães e Medronho (2017), comunidades com esse perfil encontram mais barreiras para o acesso à assistência em saúde e isso faz com que a oportunidade de diagnóstico, em tempo hábil, seja reduzida. Ainda, para os mesmos autores, assegurar meios de acesso dessas pessoas aos serviços de saúde é garantir a universalização da assistência. Monteiro et al. (2017) complementam que, para o manejo adequado de uma doença negligenciada, é indispensável que se pense também pela perspectiva dos programas sociais.

Souza et al. (2019) pontuam que a existência de fragilidades nas estratégias de saúde pode repercutir no aumento das notificações de uma patologia vinculada com essa realidade. Além disso, expressam que medidas de intervenção são mais deficitárias quando desenvolvidas em grupos socialmente vulneráveis. Por outro lado, Souza, Luna e Magalhães (2019), explicam que é necessário cautela ao analisar esse tipo de contexto porque o avanço das notificações pode refletir alguma melhoria no acesso aos serviços que, possivelmente, tenha oferecido mais oportunidades de diagnóstico para as essas comunidades.

Partindo para o enfoque deste estudo, os autores que debatem a SC consideram que, embora esta seja uma doença milenar, ainda é um problema pendente para a saúde pública, requerendo que esse quadro seja melhor visualizado e os aspectos que favorecem o seu desenvolvimento e permanência sejam devidamente compreendidos.

A tentativa de interpretar o comportamento da SC e o seu crescimento expressivo nos países, fez com que os autores se utilizassem de alguns argumentos e propusessem conclusões distintas porque partiram de perspectivas divergentes sobre o mesmo problema. Tendo evidenciado diferentes correntes sendo debatidas, este artigo as categorizou conforme exposto no Quadro 2:

Quadro 2 - Correntes da literatura que discutem sobre a Sífilis Congênita

Correntes	Fatores Comportamentais	(GREENBERG et al., 1991) (VIANNA et al., 2017)
	Aspectos Assistenciais	(CARDOSO et al., 2018) (DANTAS et al., 2017) (DOMINGUES; LEAL, 2016) (HERINGER et al., 2020) (NASCIMENTO, 2020) (PILLAY; TOOKE, 2019) (SOARES; BENTO; SILVA, 2013) (VASCONCELOS et al., 2020) (VIANNA et al., 2017)
	Vulnerabilidade Social	(DOMINGUES; LEAL, 2016) (HERINGER et al., 2020) (MEDEIROS et al., 2022) (NASCIMENTO, 2020) (OZELAME et al., 2020) (SOUZA et al., 2021) (SOUZA et al., 2020) (VASCONCELOS et al., 2020) (VIANNA et al., 2017)

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Para a interpretação do Quadro 2, faz-se necessário explicar que foi comum encontrar mais de uma corrente sendo considerada pelo mesmo artigo. Esse comportamento, por parte dos estudos, traz o entendimento de que quando se busca analisar a SC é importante compreender que esta se trata de uma doença que vincula-se a múltiplos fatores para garantir a sua permanência. Ainda assim, foi percebido que alguns raciocínios eram mais defendidos por seus autores do que os outros argumentos abordados.

Tendo isso em consideração, definiram-se três correntes entre os estudos: a) Fatores Comportamentais, onde estão aqueles que partiram da concepção de que o adoecimento das crianças pela doença é favorecido por fatores comportamentais maternos, b) Aspectos Assistenciais, no qual estão agrupados aqueles em que as fragilidades relacionadas com a assistência prestada à saúde materna e infantil, especialmente no que diz respeito à realização do pré-natal, respondem pelo avanço da doença e c) Vulnerabilidade Social, concentrando as

produções que avaliaram a SC pela concepção de que existem condições externas ao indivíduo, mas que favorecem o seu adoecimento.

A respeito dos fatores comportamentais maternos, Greenberg et al. (1991) associaram casos de SC, em Nova York, ao crescente consumo de entorpecentes, especialmente a cocaína, por mulheres durante o período gravídico e no pós-parto. Para Vianna et al. (2017), o uso dessas substâncias pode ser uma contribuição para os casos da doença, não somente quando consumidas pelas gestantes, mas também por seus parceiros. Ainda no mesmo estudo, os autores evidenciaram outros aspectos comportamentais que favorecem a SC, como a prática sexual sem proteção, durante o ciclo gravídico, mesmo após o recebimento do diagnóstico positivo para a Sífilis e o não planejamento das gestações.

Na corrente dos aspectos assistenciais, Domingues e Leal (2016) concluíram que, no Brasil, o diagnóstico de SC é mais comum nos casos em que o pré-natal não é realizado adequadamente, tendo início tardio, menor número de consultas e baixa frequência de realização dos exames sorológicos para a Sífilis, resultando em imprecisões no diagnóstico e propiciando o acometimento dos menores por SC. Mesmo nos estudos em que a frequência de consultas pré-natal foi considerada satisfatória, os autores detectaram que muitas gestantes não recebem o diagnóstico em tempo hábil e o tratamento é realizado de forma inadequada (DANTAS et al., 2017; VASCONCELOS et al., 2020).

Outro ponto tratado por essa corrente é o déficit ou a má distribuição dos recursos humanos em saúde, para o acompanhamento do ciclo gravídico, que se tornam um problema para a garantia da saúde materna e infantil (SOARES; BENTO; SILVA, 2013). Na análise de Nascimento (2020), as notificações de SC foram inversamente proporcionais a quantidade de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de médicos pediatras nos municípios estudados.

Além dos números, Pillay e Tooke (2019) concluíram que deficiências na avaliação da sorologia para a Sífilis e na notificação das ocorrências são as possíveis causas para a internação de neonatos, em unidades de alta complexidade da África do Sul. Para os autores, estes são problemas antigos, mas ainda presentes e que demandam a construção de um novo sistema de governança para o sistema de saúde.

Por isso, Cardoso et al. (2018) sugerem que sejam realizados investimentos, financeiros e intelectuais, para garantir melhores condições assistenciais durante o pré-natal e no pós-parto, tanto para as puérperas quanto para os neonatos. Heringer et al. (2020) colocam que os profissionais devem ser melhor capacitados para lidar com a Sífilis na gestante.

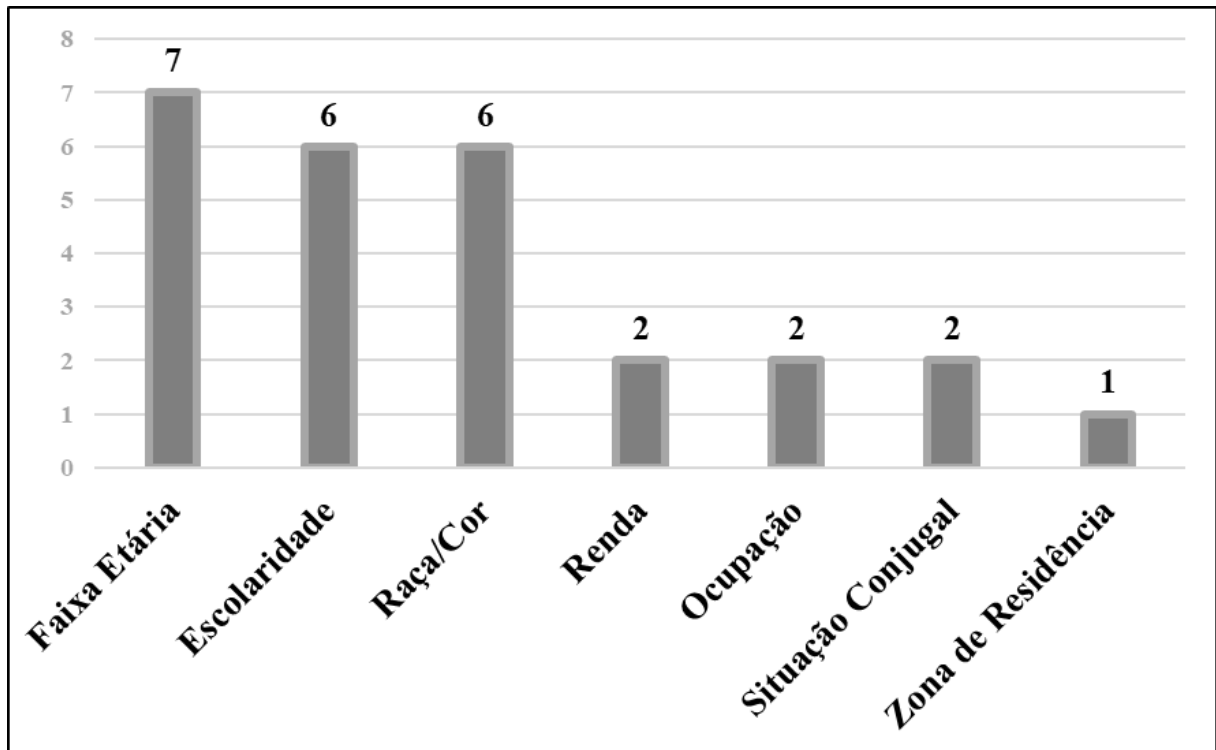
Por essas razões, para autores como Vianna et al. (2017), a SC é vista como um evento sentinela, isso porque o adoecimento de crianças pela SC indica a existência de falhas na

qualidade da assistência prestada no nível da atenção básica, uma vez que se trata de um agravamento evitável, de fácil e precoce identificação, tratamento eficaz e de baixo custo.

Na outra face, a corrente da vulnerabilidade social, carrega a valorização do olhar interdisciplinar para os problemas de saúde. Uma característica comum dos estudos com esse ponto de vista é o investimento em recursos metodológicos, como o perfil ecológico e a análise espacial a partir do geoprocessamento, para apontar interconexões entre a SC e as diferentes variáveis investigadas.

Assim, as análises passaram a considerar que, para além dos fatores comportamentais maternos e das questões assistenciais, existem aspectos sociais e econômicos que tornam um ambiente favorável ao adoecimento por patologias como a Sífilis. As características investigadas pelos artigos, encontram-se a seguir, no Gráfico 1:

Gráfico 1 - Características analisadas pelos artigos incluídos nesta revisão sistemática



Fonte: Elaboração própria (2022).

Em observação ao Gráfico 1, nota-se que os artigos que discutiram as interconexões entre a SC e a vulnerabilidade social, normalmente elegeram algumas características sociodemográficas e econômicas que dizem respeito às genitoras das crianças, a saber: faixa etária, raça/cor, escolaridade, renda, ocupação, zona de residência e situação conjugal, com a intenção de identificar condições sociais que favoreçam a ocorrência da SC.

Em relação à faixa etária, as análises alcançaram resultados semelhantes quando concluíram que a SC era mais comum em filhos de mulheres consideradas adultas jovens, normalmente possuindo idades entre 20 a 29 anos (MEDEIROS et al., 2022; OZELAME et al., 2020), 20 a 34 anos (DOMINGUES; LEAL, 2016; HERINGER et al., 2020) e 18 a 30 anos (VIANNA et al., 2017). Outras investigações identificaram faixas etárias que ainda incluem mães adolescentes, possuindo entre 15 a 19 anos (SOUZA et al. 2020) e 15 a 24 anos (VASCONCELOS et al., 2020).

Também considerando a escolaridade em suas investigações, quase todos os estudos citados no parágrafo anterior chegaram à conclusão de que o baixo nível educacional é uma condição comum entre as genitoras dessas crianças, entre eles, chama atenção o estudo de Vasconcelos et al. (2020) por terem encontrado 44,1% das notificações partindo de mulheres com ensino fundamental incompleto.

Por outro lado, na pesquisa de Vianna et al. (2017), a maioria dos casos apurados foram de mães com ensino médio completo. Contudo, cabe comentar que a amostra utilizada por este estudo foi a menor entre as pesquisas. Para Ozelame et al. (2020) a baixa instrução torna as gestantes mais susceptíveis ao acometimento por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS's) por causa da ausência ou conhecimento insuficiente sobre essas patologias, vida sexual e assistência em saúde.

Com a exceção de Vianna et al., (2017), todos os autores citados nos dois parágrafos anteriores também observaram as informações sobre a raça/cor. Dessa forma, Domingues e Leal (2016) e Heringer et al. (2020) perceberam que os casos de SC estavam atrelados aos filhos de mulheres que se autodeclararam pretas. Entretanto, na análise de outros autores, a raça parda concentrou o maior número de notificações (SOUZA et al., 2020), chegando a 92% dos casos no estudo de (VASCONCELOS et al., 2020). Para Medeiros et al. (2022), as ocorrências de SC estavam atreladas às crianças de mulheres de ambas as raças: preta e parda. De forma menos específica, Ozelame et al. (2020) encontraram que as notificações foram mais comuns por parte de mulheres que se autodeclararam não brancas.

Sobre a renda, Domingues e Leal (2016) observaram que em 59,7% das ocorrências, as genitoras declararam não possuir renda. Na pesquisa de Vianna et al. (2017), embora as genitoras tivessem alguma renda, esta foi considerada baixa. Em relação à ocupação, Vasconcelos et al. (2020) encontrou o percentual de 75,7% das mulheres sendo donas de casa e nos achados de Vianna et al. (2017), a maioria não tinha ocupação.

Já no que concerne à situação conjugal, Domingues e Leal (2016) constataram que 81,4% das mulheres possuíam relações conjugais. Esse resultado também foi alcançado por

Vianna et al. (2017) que, embora tivessem verificado que na maioria dos casos as mulheres possuíam companheiros, as relações eram instáveis e violentas. Por fim, apenas no estudo de Ozelame et al. (2020) foi incluída a zona de residência. Os autores identificaram que a maioria das genitoras e suas crianças são residentes da zona rural.

Além dessas variáveis, existem pesquisas adotando outras formas de medir a vulnerabilidade social como, Soares, Bento e Silva (2013) que utilizaram o IDH municipal para analisar a saúde materno infantil e Nascimento (2020) que fez uso do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), mas não conseguiu identificar relações entre os casos de SC e esses parâmetros da vulnerabilidade social numa região em São Paulo.

Em seu estudo, Nascimento (2020) obteve o que chamou de “achado paradoxal”, onde os municípios com menores índices de vulnerabilidade social foram aqueles que apresentaram mais casos de SC. Sobre isso, o autor explica que, embora contraditório, este achado pode ser admitido porque municípios com melhores condições sociais possuem mais capacidade de rastrear, identificar e notificar os casos da doença, e municípios mais vulneráveis podem não contar com essas mesmas condições. Desse modo, um baixo volume de notificações não pode ser interpretado como um bom diagnóstico da SC, justamente porque a notificação atrela-se à capacidade das equipes de saúde para detectar essas ocorrências.

De acordo com Vasconcelos et al. (2020) o contexto de vulnerabilidade social alerta para a importância de um olhar mais sensível e holístico por parte dos setores de saúde, especialmente na atenção básica. Em concordância, Souza et al. (2020) sugerem que as estratégias para o manejo da SC devem possuir um enfoque para as localidades nas quais os níveis de vulnerabilidade social são mais elevados.

Contudo, autores como Domingues e Leal (2016), Heringer et al. (2020), Medeiros et al. (2022), Ozelame et al. (2020) e Vasconcelos et al. (2020), enfatizam que, ainda que sejam adotadas diferentes alternativas metodológicas para avaliar o contexto da SC, um estudo que se dedique a tal feito não deixa de enfrentar as fragilidades impostas pela subnotificação dos casos. Tendo se deparado com esse obstáculo, Nascimento (2020) explica que essas falhas podem ocorrer devido a interpretação inadequada e o preenchimento incorreto da ficha de notificação compulsória, fazendo com que muitos dados deixem de ser encontrados nos sistemas responsáveis pela divulgação dessas ocorrências, ainda que sejam bases mantidas por esferas governamentais.

Sob essas fragilidades, Medeiros et al. (2022) somaram 50,8% de informações não encontradas sobre as variáveis maternas discutidas em suas análises da SC e declararam que a utilização de dados secundários implicou em limitações para o estudo devido a possibilidade

de subnotificação das ocorrências. Para essas variáveis, Medeiros et al. (2022) utilizaram dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A mesma base de dados serviu aos estudos de Cardoso et al. (2018), Carvalho, Magalhães e Medronho (2017), Domingues e Leal (2016), Ferreira et al. (2020), Heringer et al. (2020), Mendes et al. (2021), Monteiro et al. (2017), Nascimento (2020), Ozelame et al. (2020), Souza et al. (2019) e Souza, Luna e Magalhães (2019). Exceto Souza et al. (2021) que consideraram os dados dos sistemas de vigilância local dos municípios estudados.

Partindo por um caminho diferente dos estudos comentados anteriormente, Herrero, Deluca e Faraone (2020), investigaram a importância que a SC recebe nas agendas de saúde, com a intenção de entender o que dificulta o avanço dessa pauta para uma agenda decisória. Assim, concluíram que esse processo sofre influência de diferentes direções, entre elas: o potencial da ciência e tecnologia, o comércio, sistema de produção e, até mesmo, a política externa.

Além disso, os mesmos autores relataram que apesar da doença ser reconhecida como problema de saúde pública, ainda existe pouco espaço para a inserção desse tema nas pautas das agendas porque sua visibilidade é reduzida em favor do destaque que o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) recebe, tanto da sociedade quanto da esfera política. A abordagem seguida por esses autores pode indicar a possibilidade de uma nova corrente entre as pesquisas que debatem sobre a SC que, desta vez, possa ser observada pela atuação dos tomadores de decisão, através das políticas públicas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou discutir como as categorias: sífilis congênita, vulnerabilidade social e doenças negligenciadas têm sido relacionadas pela literatura científica, bem como levantar os condicionantes mais utilizados para nortear essas análises.

A primeira consideração que este artigo precisa fazer é declarar a sua concordância com o entendimento de que existem populações com características socioeconômicas que as tornam muito mais propensas ao adoecimento, por qualquer que seja o agravo em saúde. Desse modo, defende-se que o termo “negligência” cabe para adjetivar as populações e não as doenças.

Tendo cumprido o objetivo ao qual se propôs, este estudo identificou na literatura a presença de três abordagens sobre os temas que envolvem a SC: uma dedicada à observação dos fatores comportamentais maternos como condicionantes da SC, outra com enfoque para os serviços assistenciais destinados à saúde materna e infantil. E, por fim, foi percebida a adoção

de uma abordagem mais sensível para a SC, muito relacionada às comunidades socialmente vulneráveis, de modo que, chamou a atenção para o entendimento de que não se pode deixar de considerar que as condições socioeconômicas, quando precárias, desenham um cenário de vulnerabilidade social capaz de manter as doenças vinculadas com as populações desfavorecidas.

Em associação, notou-se um investimento expressivo por parte dos estudos para a avaliação dessa relação, por meio de técnicas metodológicas como a análise espacial, na tentativa de conseguir apontar a influência de um contexto vulnerável para os casos de SC. Comumente, os estudos que adotaram essa estratégia, combinaram a análise das notificações da doença com algumas variáveis, tais como: raça/cor, idade, escolaridade, renda e condições de moradia.

Não tendo a intenção de esgotar todas as possibilidades de discussão sobre esse tema, esse estudo cria espaços para que novas pesquisas se desenvolvam motivadas pela procura de outros fatores sociais, econômicos, culturais, geográficos e, até mesmo políticos, que favoreçam a expansão da SC. Assim como, busquem promover debates mais amplos sobre a inserção de uma denominação mais justa para designar a relação entre as doenças que se relacionam com a realidade das populações negligenciadas.

REFERÊNCIAS

ADGER, W. N. Vulnerability. **Global Environmental Change**, v. 16, n.3, p. 268-281, fev. 2006.

AGÊNCIA BRASIL. **Taxa de mortalidade de doenças negligenciadas aumenta durante pandemia-internações diminuíram no mesmo período**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-01/doencas-negligenciadas-tem-aumento-em-taxa-de-mortalidade>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ALMEIDA, A. S. et al. Spatial and Spatiotemporal dynamics of visceral leishmaniasis in an endemic North-eastern region of Brazil. **Geospatial Health**, Itália, v.15, n.2, p.285-292, jul.2020.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111- 126, mar. 2006.

BULSTRA, C. A. et al. Geospatial epidemiology of leprosy in northwest Bangladesh: a 20-year retrospective observational study. **Infect Dis Poverty**, v.10, n.1, p.1-12, jan. 2021.

BUSSO, G. El enfoque de la vulnerabilidad social en el contexto latinoamericano: situación actual, opciones y desafíos para las políticas sociales a inicios del siglo XXI. *In: SEMINARIO INTERNACIONAL: LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*, 2001, Santiago de Chile. **Anais [...]** 2001.

BVSMS - BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita - Manual de Bolso**. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.

CARDOSO, A. R. P. et al. Analysis of cases of gestacional and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.563-574, fev. 2018.

CARVALHO, S.; MAGALHÃES, M. de A. F. M.; MEDRONHO, R. de A. Análise da distribuição espacial de casos da dengue no município do Rio de Janeiro, 2011 e 2012. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.1, p.1-10, jan. 2017.

COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med**, Filadélfia, v.126 n.5, p.376-80, mar. 1997.

CUTTER, S. L. Vulnerability to environmental hazards. **Progress in Human Geography**, v. 20, n. 4, p. 529-539, 1996.

DANTAS, L. A. et al. Epidemiologic profile of acquired syphilis diagnosed and notified at a maternal-child university hospital. **Enfermería Global**, v. 46, n. 2, p. 237-245, abr. 2017.

DIORIO, D.; KROEGER, K.; ROSS, A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014–2016. **Sex. Transm. Dis**, EUA, v.45, n.7, p. 1-14, jul. 2018.

DNDi. *Drugs for Neglected Diseases initiative*. **Inovação e Acesso para Populações Negligenciadas**. Disponível em: https://www.dndial.org/wp-content/uploads/2018/09/DNDi_inovacao-e-acesso-para-populacoes-negligenciadas.pdf?x44010. Acesso em: 29 mar. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, p.1-12, jun. 2016.

FERREIRA, A. F. et al. Leprosy in the North and Northeast regions of Brazil: an integrated spatiotemporal approach. **Tropical Medicine and International Health**, EUA, v.25, n.2, p.193-208, fev. 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Especialistas debatem as desigualdades na saúde e as formas de atacar o problema**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/especialistas-debatem-as-desigualdades-na-sa%C3%BAde-e-as-formas-de-atacar-o-problema>. Acesso em: 28 mar. 2022.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.183-184, jan-mar. 2014.

- GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: _____. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. São Paulo: Manole, 2004. Cap. 1, p. 3-25.
- GREENBERG, M. S. et al. The association between congenital syphilis and cocaine/crack use in New York City: a case-control study. **American Journal Public Health**, Washington, V. 81, n. 10, p. 1316 – 1328, out. 1991.
- HERINGER, A. L. dos S. et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.44, n.1, p.1-8, jan. 2020.
- HERRERO, M. B.; DELUCA, G.; FARAONE, S. Desigualdades sociais, inequidades y enfermedades desatendidas: sífilis congénita en la agenda de salud internacional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.1-24, abr. 2020.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto - PIB**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>. Acesso em: 19 ago. 2022.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Vulnerabilidade Social (IVS)**. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- JACKSON, Y.; CHAPPUIS, F. Chagas disease in Switzerland: history and challenges. **Eurovigilância**, v.16, n.37, p.1-4, 2011.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, abr. 2003.
- MEC/UFLA - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS. **Começa hoje simpósio sobre a saúde de populações menos privilegiadas da sociedade/negligenciadas**. Disponível em: <https://ufla.br/noticias/extensao/13952-comeca-hoje-simposio-sobre-a-saude-de-populacoes-menos-privilegiadas-da-sociedade-negligenciadas>. Acesso em: 30 mar. 2022.
- MEDEIROS, J. A. R. et al. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. **Scientific Reports**, v.12, n.1, p.1-13, jan. 2022.
- MENDES, M. da S. et al. Análise espacial da tuberculose em menores de 15 anos de idade e risco socioeconômico: um estudo ecológico na Paraíba, 2007-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.30, n.3, p.1-9, mar. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-2, 2010.
- MONTEIRO, L. D. et al. Determinantes Sociais da Hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.1, p.1-11, jan. 2017.

MONTENEGRO, D. et al. Multi-criteria decision analysis and spatial statistic: an approach to determining human vulnerability to vector transmission of *Trypanosoma cruzi*. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.112, n.10, p.709-718, out. 2017.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Número Especial, out. 2021-Sífilis**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf/view. Acesso em: 28 jul. 2022.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>. Acesso em: 26 out. 2022.

NASCIMENTO, D. da S. et al. Limitação de atividade e restrição à participação social em pessoas com hanseníase: análise transversal da magnitude e fatores associados em município hiperendêmico do Piauí, 2001 a 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n.3, p.1-11, mar. 2020.

NASCIMENTO, L. F. C. Sífilis Congênita no Vale do Paraíba sob Enfoque Espacial. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.38, n.3, p.1-9, jul.2020.

NHR BRASIL. Escritório Brasileiro da Netherlands Leprosy Relief. **Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)**. Disponível em: <https://www.nhrbrasil.org.br/nhr-brasil/nossas-causas/doencas-tropicais-negligenciadas.html#:~:text=A%20qualidade%20de%20vida%20de,%C3%81sia%20e%20da%20Am%C3%A9rica%20Latina..> Acesso em: 17 fev. 2022.

NOBLE, M. D.; AUSTIN, K. F. Rural Disadvantage and Malaria in Less-Developed Nations: A Cross-National Investigation of a Neglected Disease. **Rural Sociology**, New Jersey, v.81, n.1, mar. 2016.

NUNES, D. et al. HTLV-1 is predominantly sexually transmitted in Salvador, the city with the highest HTLV-1 prevalence in Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**, Califórnia, v.12, n.2., p.1-10, fev. 2017.

ONG, X. et al. Uncovering the Pathogenic Landscape of Helminth (*Opisthorchis viverrini*) Infections: A Cross-Sectional Study on Contributions of Physical and Social Environment and Healthcare Interventions. **PLoS Negl Trop Dis**, Califórnia, v.10, n.12, p.1-21, dez. 2016.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **EMTCT Plus. Marco para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Chagas**. 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306>. Acesso em: 22 jul.2022.

OVIDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, Botucatu, v.19, n.53, p. 237-249, abr./jun. 2015.

OZELAME, J. É. E. P. et al. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.1-9, out. 2020.

PAZ, W. S. et al. Spatiotemporal clusters of schistosomiasis mortality and association with social determinants of health in the Northeast region of Brazil (1980-2017). **Acta Tropica**, v. 212, n. 3, p.1-9, ago. 2020.

PILLAY, S.; TOOKE, L. J. Symptomatic congenital syphilis in a tertiary neonatal unit in Cape Town, South Africa: High morbidity and mortality in a preventable disease. **South African Medical Journal**, South African, v. 109, n. 9, p. 652 – 658, ago. 2019.

RIBEIRO, C. J. N. et al. Space-time risk cluster of visceral leishmaniasis in Brazilian endemic region with high social vulnerability: an ecological time series study. **PLoS Negl Trop Dis**, Califórnia, v.15, n.1, p.1-20, jan. 2021.

ROCHA, Nathália Facco. **Sistema de Patentes e Direito à Saúde: uma análise do acesso a medicamentos no caso da doença negligenciada sífilis em um contexto de saúde global.** 2019. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Direito. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Rio Grande do Sul, 2019.

RODRIGUES, T. D. et al. Associação entre consolidação da Saúde da Família e menor incidência de sífilis congênita: estudo ecológico. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.25, n.1, p. 3-15, jan./mar. 2022.

SANTANA, R. S. et al. Cases and distribution of visceral leishmaniasis in western São Paulo: A neglected disease in this region of Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**, Califórnia, v.15, n.6, p.1-21, Jun.2021.

SCHNEIDER, M. C. et al. Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases. **PLoS Negl Trop Dis**, Califórnia, v.5, n.2, p. 1-13, fev. 2011.

SCHUMANN, L. R. M. A. **A multidimensionalidade da construção teórica da vulnerabilidade: análise histórico-conceitual e uma proposta de índice sintético.** 2014. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional. Universidade de Brasília - UnB, Brasília, 2014.

SILVA, L. C. et al. Hospitalisations for mycoses as an indicator of socio-environmental vulnerability in the Brazilian Amazon-Savanna transition region. **Mycoses**, EUA, v.63, n.1, p.151-161, Nov. 2019.

SOARES, L. S; BENTO, S. L; SILVA, G. R. F. Diagnóstico da Situação de Saúde Maternoinfantil no Município de Tanque do Piauí-PI. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 26, n.1, p.79-87, jan./mar. 2013.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 381-384, mar. /abr. 2011.

SOUZA, C. D. F de. et al. Spatiotemporal clustering, social vulnerability and risk of congenital syphilis in northeast Brazil: an ecological study. **Transações da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 114, n. 9, p. 657-665, set. 2020.

SOUZA, C. D. F de.; LUNA, C. F.; MAGALHÃES, M. de A. F. M. Spatial modeling of leprosy in the state of Bahia and its social determinants: a study of health inequities. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 2, p.182-191, fev.2019.

SOUZA, E. A. et al. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.9, p.1-16, set. 2019.

SOUZA, T. A. et al. Intra-urban differentials of congenital and acquired syphilis and syphilis in pregnant women in an urban area in northeastern Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Londres, n.115, v.1, p. 1010-1018, fev. 2021.

STOCCO, Caroliny. **Tendência temporal e aspectos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita em municípios de médio porte do Estado do Paraná, 2007-2017**. 2019. 80f. Dissertação (Mestrado) - Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, Paraná, 2019.

VALVERDE, R. Agência FIOCRUZ de notícias. **Doenças Negligenciadas**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em: 17 fev. 2022.

VASCONCELOS, M. N. et al. Características das mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita. **O Mundo da Saúde**, v.1, n.44, p.585-594, jan. 2020.

VIANNA, P. V. C. et al. Sífilis Congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, São Paulo, v.23, n.42, p.35-50, jul. 2017.

VIEIRA, A. S.; MENDES, P. C. Vulnerabilidade social e a gravidez na adolescência. *In*: CONGRESO INTERNACIONAL DE GEOGRAFÍA DE LA SALUD, 3., 2011, Toluca. **Anais [...]** Toluca: Editora da UAEM - Universidad Autónoma del Estado de México, 2011. v. 1. p. 1-17.

VIGNOLI, J.R. **Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes**. Santiago de Chile: CEPAL, 2001. 62 p. (Serie Población y Desarrollo. n.17).

VILLAR, B. B de L. et al. Toxoplasmosis in pregnancy: a clinical, diagnostic, and epidemiological study in a referral hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.24, n.6, p.517-523, nov. 2020.

WANDERLEY, F. S. O. et al. Effectiveness of mass treatment of *Schistosoma mansoni* infection in socially vulnerable areas of a state in northeastern Brazil, 2011-2014. **Archives of Public Health**, v. 79, n. 1, p. 1-14, jan. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Acabando com as DTNs: juntos até 2030**. Disponível em: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/ending-ntds-together-towards-2030>. Acesso em: 30 mar. 2022.

WOLFFENBUTTEL, A. **O que é? Índice de Gini**. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acesso em: 19 ago. 2022.

XIMENES, Daniel de Aquino. **Vulnerabilidade Social**. Disponível em: <https://gestrado.net.br/verbetes/vulnerabilidade-social/#:~:text=Vulnerabilidade%20social%20%C3%A9%20um%20conceito,n%C3%ADveis>

%20significativos%20de%20desagrega%C3%A7%C3%A3o%20social. Acesso em: 16 fev. 2022.

**SEÇÃO 2 SÍFILIS CONGÊNITA NA BAHIA NO SÉCULO XXI:
UMA ABORDAGEM ESPACIAL**

SÍFILIS CONGÊNITA NA BAHIA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM ESPACIAL

Brenda Laudano Lima¹⁰

RESUMO

A Sífilis Congênita é um desafio para a saúde pública devido a sua íntima relação com a vulnerabilidade socioeconômica. No mundo, a doença é considerada reemergente, tendo um desenvolvimento muito expressivo no Brasil, especialmente no estado da Bahia. Por isso, este estudo buscou identificar as características socioeconômicas das genitoras dos menores de um ano de idade, acometidos por Sífilis Congênita na Bahia, entre os anos de 2011 a 2020. Assim como, apontar possíveis relações entre a distribuição espacial da doença e o Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios baianos. Sendo do tipo ecológico e adotando ferramentas de geoprocessamento, identificou-se um perfil materno composto por mulheres pardas, jovens e com baixo nível de escolaridade e, também, que a doença se desenvolve de maneira heterogênea entre os municípios que integram o referido estado. Oportunamente, os dados analisados indicam possíveis falhas na assistência pré-natal.

Palavras-chave: sífilis, epidemiologia, saúde coletiva, geoprocessamento.

ABSTRACT

Congenital syphilis is a public health challenge due to its close relationship with socioeconomic vulnerability. In the world, the disease is considered reemerging, having a very expressive development in Brazil, especially in the state of Bahia. Therefore, this study sought to identify the socioeconomic characteristics of the mothers of children under one year of age, affected by congenital syphilis in Bahia, between the years 2011 to 2020. As well as pointing out possible relationships between the spatial distribution of the disease and the index of Human Development of the municipalities of Bahia. Being of the ecological type and adopting geoprocessing tools, a maternal profile composed of brown, young women with a low level of education was identified, and also that the disease develops heterogeneously between the municipalities that make up the referred state. Fortunately, the analyzed data indicate possible flaws in prenatal care.

Keywords: syphilis, epidemiology, collective health, geoprocessing.

¹⁰ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador (UNIFACS). Bolsista CAPES. Bacharel em Enfermagem (UNIFACS). E-mail: brendallaudano@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é classificada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum* que, mais comumente, é contraída por meio do ato sexual desprotegido com uma pessoa infectada, Sífilis Adquirida e, quando acomete mulheres durante o ciclo gravídico, alcança o feto por transmissão vertical, e desencadeia a Sífilis Congênita (SC) (BRASIL, 2010). A Sífilis possui fase de latência, na qual ocorre a ausência de sinais e sintomas, mas também, períodos sintomatológicos, onde é possível evidenciar e/ou obter como relato o aparecimento de uma lesão cutânea que indica o local de entrada da bactéria, manchas pelo corpo (incluindo as áreas palmar e plantar), dor de cabeça, febre, ínguas, lesões cardiovasculares, cutâneas, ósseas e, até mesmo, podendo ocasionar o óbito. Quando congênita, a doença pode ser responsável por malformações fetais, comprometimento auditivo, visual e mental, parto prematuro, aborto espontâneo e morte neonatal, sendo que, as complicações podem ou não se manifestarem logo após o nascimento (SESAB, 2022).

Por essas razões e por tornar os acometidos mais susceptíveis a outras ISTs, a patologia demanda constante atenção por parte da saúde pública (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Em escala mundial, a Sífilis é compreendida como um agravo de saúde reemergente, uma vez que seu cenário epidemiológico oscila entre baixo e alto número de casos, e isso faz com que as atenções sejam priorizadas para a identificação, tratamento e acompanhamento das gestantes com o intuito de impedir a forma congênita da doença (MATTEI et al., 2012).

No Brasil, conforme o Boletim Epidemiológico da Sífilis, elaborado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2020 foram notificados 115.371 casos de Sífilis Adquirida (SA), 61.441 casos de Sífilis em Gestante (SG) e 22.065 casos de SC (MS, 2021), por interpretação, isso significa que em 35,91% dos casos de SG não foi possível evitar a transmissão vertical e, consequentemente, a SC.

Ainda em consulta ao Boletim supracitado, mas destinando atenção para o foco deste estudo, buscou-se observar a SC a partir dos recortes regionais. Sobre isso, o Nordeste é a segunda região em que o quantitativo de casos é mais representativo (28,2%), ficando atrás apenas do Sudeste (44,5%). Vale comentar que essa posição também é mantida quando se analisou a quantidade total de notificações recebidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre o ano de 1998 a junho de 2021.

Na Bahia, segundo o Boletim Epidemiológico do Estado (SESAB, 2021), o ano de 2018 recebeu o maior volume de notificações da doença, sendo que as taxas de detecção foram de

85,5 casos de SA por 100.000 habitantes, 21,3 casos de SG e 7,6 casos de SC, ambos os dados por 1.000 nascidos vivos.

Os dados mencionados no parágrafo anterior expressam taxas muito mais elevadas do que as intenções colocadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no ano de 1993, num projeto para combater o avanço da SC nas Américas, que colocou como meta alcançar incidência de, no máximo, um caso por 1.000 nascidos vivos (NV) (VIANNA et al., 2017). Posteriormente, a OPAS revisou essa intenção e as estratégias para o seu cumprimento, o que resultou numa nova meta de até 0,5 casos de SC por 1.000 NV (OPAS, 2017). De qualquer modo, os dados trazidos pela Sesab (2021), informam sobre uma circunstância muito aquém da esperada, até mesmo pela meta mais antiga.

Conforme Oliveira e Santos (2015), a realidade da doença pode ser ainda mais preocupante devido a possibilidade de subnotificação dos casos, o que representa um obstáculo para que seja realizada uma observação mais fidedigna dessa realidade no país. Partindo dessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS, 2021) ressalta que, ao longo do tempo, algumas medidas foram adotadas com a intenção de promover o melhor manejo da patologia, como, por exemplo, a incorporação da Sífilis, seja na forma adquirida ou congênita, na lista de agravos de notificação compulsória, a elaboração de projetos e campanhas para conscientização e a adoção de estratégias para o diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil.

A despeito dessas iniciativas, estudiosos como Lima et al. (2013) pontuam que os casos de SC estão em crescimento no país, e indicam que este fato pode ser justificado tanto pela melhoria do sistema de notificação das ocorrências, quanto pela própria continuidade da disseminação da patologia. Por isso, é possível evidenciar um investimento, por parte dos pesquisadores, para identificar e compreender quais são os fatores e como eles contribuem para o aumento do quantitativo de casos da SC, como visto no estudo de Melo, Melo Filho e Ferreira (2011) e Nunes et al. (2021), nos quais, os autores, tendo recorrido ao geoprocessamento, conseguiram indicar a existência de uma estreita relação entre os casos de SC e a situação de vulnerabilidade socioeconômica na qual se inserem os menores e suas famílias.

Isto posto, este artigo tem o objetivo de identificar as características socioeconômicas das genitoras dos menores de um ano de idade, acometidos por Sífilis Congênita na Bahia, entre os anos de 2011 a 2020. Assim como, apontar possíveis relações entre a distribuição espacial da doença e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios baianos. Feitas essas ponderações, cabe agora informar que do ponto de vista da sua estruturação, optou-se por organizar o presente estudo em quatro seções, sendo a primeira esta Introdução e a última, as Considerações Finais. A segunda seção informa sobre o recorte espacial e o percurso

metodológico trilhado e, a terceira seção, apresenta os resultados e as discussões propostas por este estudo.

2 METODOLOGIA

O recorte espacial do estudo é o estado da Bahia que abriga 417 municípios numa área territorial de 564.760.427 km², com população de 14.930.634 pessoas, densidade demográfica de 24,82 hab./km² e IDH de 0,660 de acordo com as informações postas pelo último censo demográfico realizado no ano de 2010 (IBGE, 2010). Para o mesmo ano, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)¹¹ do estado foi de 0,403, o que pela própria leitura do indicador informa que a Bahia se encontra numa situação de elevada vulnerabilidade (IPEA, 2022). Assim como também aponta o Índice Brasileiro de Privação (IBP)¹², no qual os municípios baianos, em sua maioria, possuem nível de privação alto e muito alto, com exceção, somente, do município de Salvador que apresentou média vulnerabilidade (CIDACS, 2022).

Em relação ao desenho epidemiológico do estudo, este possui natureza quantitativa e ecológica, que, conforme Lima-Costa e Barreto (2003), representa uma estratégia de pesquisa para a compreensão dos múltiplos fatores que se relacionam com um fenômeno epidemiológico, numa determinada área geográfica. Quanto ao tipo, esta é uma pesquisa descritiva que se caracteriza por permitir a observação, registro e interpretação sobre um determinado evento, sem que haja a interferência nos dados, por parte do pesquisador (OLIVEIRA, 2011).

No que diz respeito ao procedimento metodológico, trata-se de uma pesquisa documental que se utilizou da análise secundária dos dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a saber: a) variáveis sociodemográficas: faixa etária, raça/cor e escolaridade, b) informações obstétricas: pré-natal, momento do diagnóstico da doença e realização do tratamento e c) quantidade de notificações, por município de residência, para os < 1 ano de idade. Em associação, também se utilizou as informações sobre o quantitativo de nascidos vivos disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

11 O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é uma medida elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) através da construção de 16 indicadores que foram organizados em três dimensões, sendo elas: renda e trabalho, infraestrutura urbana e capital humano. A medida é interpretada considerando uma escala que vai de 0 a 1, dividida em cinco faixas, a saber: 0 a 0,200 (muito baixa), 0,200 a 0,300 (baixa), 0,300 a 0,400 (média), 0,400 a 0,500 (alta) e 0,500 a 1 (muito alta) (IPEA, 2022).

12 O Índice Brasileiro de Privação (IBP) foi desenvolvido por pesquisadores do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (CIDACS) e da Universidade de Glasgow, na Escócia. Este consiste em uma nova medida capaz de auxiliar no monitoramento da desigualdade no Brasil, até mesmo em pequenas unidades territoriais como os setores censitários (CIDACS, 2022).

(SINASC) e sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios baianos disponibilizados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Todos os dados citados anteriormente foram capturados das suas bases tendo como recorte temporal os anos de 2011 a 2020. A escolha se deu por este ser o intervalo, em anos, mais recente do momento atual e por se tratar do período em que as informações estão mais completas nos bancos de dados.

Para a análise dos dados supracitados, elegeu-se o geoprocessamento. De acordo com Nardi et al. (2013), esta representa uma das opções mais adequadas à observação holística de um agravo em saúde, pois este recurso possibilita a análise, concomitante, dos dados epidemiológicos, sociais, econômicos e, até mesmo, ambientais, para a prevalência e incidência de uma doença. Para isso, foram utilizados os *softwares* *QGis 3.20* e *GeoDa 1.18*.

Para identificação da autocorrelação espacial utilizou-se o Índice de Moran Global¹³ (vide expressão na Fórmula 1) e o LISA.

Fórmula 1 - Fórmula do I de Moran Local

$$I = \frac{n \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij} (X_i - \bar{X})(X_j - \bar{X})}{\left(\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij} \right) \sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}$$

Fonte: Burt, Barber e Rigby (2009).

Além disso, com a utilização do aludido *software*, foi realizada uma análise dos *clusters* espaciais através da aplicação da matriz de pesos (*weights manager* - *W*) aplicando a convenção de contiguidade do tipo Rainha (*Queen*), uma vez que, conforme explica Almeida (2012), a escolha de tal matriz permite considerar como vizinhos todos os espaços que se delimitam geograficamente, socioeconomicamente ou ambas as condições, independente da direção da vizinhança, para a observação da influência que uma região pode exercer ou receber por parte dos seus vizinhos.

¹³ O Índice de Moran Global consiste em um coeficiente utilizado para identificar a autocorrelação espacial entre fenômenos, onde os resultados variam no intervalo de -1 (autocorrelação inversa) e +1 (autocorrelação direta) e, em casos de ausência de autocorrelação, os resultados serão revelados mais próximos de zero (autocorrelação nula) (ALMEIDA, 2012).

De acordo com o mesmo autor, o Índice de Moran pode ser representado através do diagrama de dispersão que é composto por dois eixos: X (horizontal) e Y (vertical), que consistem nas variáveis independente e dependente, na mesma sequência. Para este estudo, o IDH-M apresenta-se no eixo X e a incidência cumulativa dos casos de SC < 1 ano, no eixo Y. O diagrama se divide em quatro quadrantes nos quais se distribuíram os 417 municípios envolvidos neste estudo, considerando similaridades na associação espacial entre estes e suas vizinhanças. Desse modo, formam-se os *clusters* espaciais.

Por esclarecimento, para o cálculo da incidência cumulativa considerou-se a fórmula:

$$\text{Incidência} = \frac{\text{número de casos novos de SC < 1 ano}}{\text{número de nascidos vivos}} * 1.000$$

Onde deve-se atentar que o numerador abriga os casos de SC que ocorreram na Bahia, entre os anos de 2011 a 2020 e, para o denominador, a população que esteve exposta ao risco de ser acometida pela doença, considerando os mesmos recortes temporal e espacial para todos os dados.

Sobre os regimes espaciais, identificados com a análise do Índice de Moran, estes podem ser de quatro tipos: Alto-Alto (*High-High*) onde a unidade territorial analisada e seus vizinhos possuem valores elevados para a variável que se buscou observar e Baixo-Baixo (*Low-Low*) quando a análise refletir o resultado inverso ao anteriormente comentado. Sendo estes, *clusters* de correlação positiva. Já o agrupamento Alto-Baixo (*High-Low*) indica regiões que possuem valores mais expressivos para a variável considerada, mas que estão delimitadas por localidades onde os valores são baixos. De forma inversa, acontece para o grupo Baixo-Alto (*Low-High*). Nesses dois últimos tipos, a autocorrelação é considerada negativa (CHEN, 2013).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, estão concentrados os resultados das análises realizadas por este estudo e as discussões propostas entre os achados e as informações presentes na literatura sobre o tema. Para exposição, esta seção divide-se em duas subseções que se relacionam diretamente com os objetivos do artigo, iniciando pela observação das características sociodemográficas e das informações obstétricas das genitoras das crianças acometidas pela SC e, seguindo pela análise da distribuição espacial dos casos da doença na Bahia, entre os anos de 2011 a 2020,

desencadeados em crianças menores de um ano de idade e as possíveis relações com o IDH dos municípios baianos.

3.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS

Para melhor compreender os elementos que podem estar relacionados com a ocorrência da SC, este estudo buscou identificar as variáveis sociodemográficas relacionadas com as genitoras das crianças, < 1 ano, acometidas por SC na Bahia. Os achados dessa busca encontram-se organizados nas Tabela 1:

Tabela 1 - Variáveis Sociodemográficas relacionadas com as genitoras das crianças, < 1 ano de idade, nascidas com sífilis congênita no Estado da Bahia (2011-2020)

Variáveis Sociodemográficas	N= 9.864*	(%)
Faixa Etária		
10 a 14 anos	97	0,98
15 a 19 anos	2.248	22,78
20 a 29 anos	4.844	49,1
30 a 39 anos	2.078	21,06
40 anos ou mais	228	2,31
Ignorado	369	3,74
Escolaridade		
Não alfabetizada	76	0,77
Ensino Fundamental Incompleto	2.794	28,32
Ensino Fundamental Completo	1.069	10,83
Ensino Médio Incompleto	952	9,65
Ensino Médio Completo	1.140	11,55
Ensino Superior Incompleto	71	0,71
Ensino Superior Completo	49	0,49
Ignorado	3.713	37,64
Raça/Cor		
Branca	463	4,69
Preta	1.446	14,65
Amarela	49	0,49
Parda	6.486	65,75
Indígena	16	0,16
Ignorado	1.404	14,23

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINAN (2022).

Nota: *Para as variáveis da tabela, foi identificado um acréscimo de 41 registros em relação ao total de notificações de sífilis congênita em crianças < 1 ano para o mesmo período.

Em observação aos dados apresentados na Tabela 1, é possível inferir que algumas características maternas concentram um maior número de casos notificados, no recorte temporal de 2011 a 2020. A faixa etária que respondeu por mais registros foi a de mulheres consideradas adultas jovens (20 a 29 anos), com quase 50% das notificações realizadas. Essa faixa etária também foi a mais representativa em outras análises trazidas à literatura por outros autores (DOMINGUES; LEAL, 2016; HERINGER et al., 2020; MEDEIROS et al., 2022; VASCONCELOS et al., 2020). Para Souza, Rodrigues e Gomes (2018) e Costa *et al.* (2013) esse é um resultado esperado por se tratar do período em que a mulher experiencia o ápice do período reprodutivo.

Em sequência estão as genitoras que possuem entre 15 a 19 anos de idade, com quase 23% das notificações que, de acordo com Souza e Benito (2016), deve-se à antecipação da vida sexual e ao sexo desprotegido. Embora concordem com as explicações anteriores, Costa *et al.* (2013) consideram que este último não é uma justificativa exclusiva para as mães na adolescência, uma vez que é possível encontrar notificações em todas as faixas etárias listadas.

Quando somados, esses dois intervalos etários chegam a ser responsáveis por pouco mais de 70% de todos os registros feitos nesse período. Tendo como referência o Boletim Epidemiológico da sífilis (MS, 2021), essa também é a análise que se faz a nível nacional, pela qual se obteve como resultado percentuais de 56,4% (20 a 29 anos), 21,1% (15 a 19 anos) e 17,2% (30 a 39 anos) para as faixas etárias das genitoras das crianças adoecidas pela SC.

De forma menos expressiva, quando comparados com os percentuais anteriores, mas igualmente relevantes, são incluídas as notificações envolvendo mulheres que possuem 40 anos ou mais, seguidas por jovens que engravidaram ainda na infância. Sobre essa última condição, cabe tecer algumas reflexões sobre a possibilidade de terem ocorrido gestações derivadas de violência sexual.

Endossando esse raciocínio, um estudo comparativo realizado por Souto *et al.* (2017) buscou investigar as características inerentes ao período gravídico e ao parto de mães que possuíam até 13 anos de idade e a relação com a ocorrência de violência sexual, no Brasil, e os autores conseguiram identificar que as gestantes que foram violentadas, tiveram maiores percentuais de início tardio do acompanhamento pré-natal e/ou compareceram a um menor número de consultas, quando comparadas com as jovens que não tinham a gestação atrelada a um episódio de violência.

Sobre isso, Domingues e Leal (2016) concluíram que os casos de SC ocorrem com mais frequência nas situações em que as gestantes iniciaram o pré-natal tardiamente, o que resulta em menos consultas realizadas e, conseqüentemente, baixa realização dos exames sorológicos para a sífilis fazendo, o que faz com que o diagnóstico não seja feito em tempo hábil para evitar a transmissão vertical.

Retomando ao estudo de Souto *et al.* (2017), os autores identificaram que em 51,6% das situações o ato foi praticado pelos namorados das vítimas e, em 69,3% na própria residência, o que sugere a repetição do ocorrido e, por consequência, aumenta a possibilidade de gravidez e acometimento por IST's, especialmente por ter sido verificado que somente 6,4% das menores receberam assistência profilática. Cabe aqui ressaltar que todos esses percentuais, em qualquer uma das faixas etárias comentadas, podem ser ainda mais elevados tendo em vista que em 369 casos a idade materna não foi indicada nos registros.

No que tange a escolaridade, a ausência dessa informação no banco de dados é o aspecto que demanda maior atenção, pois em quase 40% das notificações não consta o nível de instrução das genitoras. Esse obstáculo já havia sido evidenciado por estudos mais antigos, no qual essa mesma categoria apresentou 60,4% de dados ignorados (ALMEIDA; PEREIRA, 2007). Por isso, é importante trazer em debate que a ausência ou a má qualidade das notificações vem sendo apontada por diversos estudos, entre eles o Oliveira e Santos (2015) no qual os autores salientam que essa lacuna dificulta a compreensão das condições que favorecem a permanência da SC.

Outra observação cabível é que 37,97% das genitoras não completaram suas atividades educacionais nos níveis fundamental e médio. Na outra face, com 22,87% das ocorrências estão aquelas que as concluíram. Sendo que deste, 0,49% (o menor percentual visualizado) corresponde às genitoras que possuem as melhores credenciais educacionais com ensino superior completo. Essas observações também foram apreendidas por outras análises (DOMINGUES; LEAL, 2016; HERINGER *et al.*, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2022; VASCONCELOS *et al.*, 2020). Para Ozelame *et al.* (2020), o baixo nível educacional faz com que as mulheres grávidas estejam mais propensas a contrair IST's justamente pelo desconhecimento acerca das infecções, da própria atividade sexual e dos recursos que podem ser oferecidos pelos serviços de saúde.

Em relação à raça/cor, quase 70% das gestantes se autodeclararam pardas, seguidas da raça preta com 14,65%. Novamente, não se pode deixar de comentar a ausência de 14,23% das

informações sobre essa característica. Comparando esses dados com as informações nacionais, percebe-se que o cenário é um pouco diferente. Para o Brasil, os percentuais são de 58,6% (parda) e 8,5% (preta), sendo que esta última perde posição no quantitativo de notificações para a raça branca, que passa a ocupar o segundo lugar com 22,7% das ocorrências (MS, 2021).

Além das variáveis sociodemográficas, buscou-se analisar as informações obstétricas das genitoras. Estas encontram-se dispostas na tabela 2, a seguir:

Tabela 2 - Variáveis Obstétricas das genitoras das crianças < 1 ano de idade, nascidas com Sífilis Congênita no Estado da Bahia (2011-2020)

Variáveis Obstétricas	N=9.864*	(%)
Pré-Natal		
Sim	7.263	73,63
Não	1.421	14,4
Ignorado	1.180	11,96
Momento do Diagnóstico		
Durante o pré-natal	4.664	47,28
Parto/Curetagem	3.087	31,29
Após o parto	1.328	13,46
Não realizado	59	0,59
Ignorado	726	7,36
Tratamento		
Adequado	342	3,46
Inadequado	5.684	57,62
Não Realizado	2.303	23,34
Ignorado	1.535	15,56

Fonte: Elaboração Própria com base em dados do SINAN (2022).

Nota: *Para as variáveis da tabela, foi identificado um acréscimo de 41 registros em relação ao total de notificações de sífilis congênita em crianças < 1 ano para o mesmo período.

Inferindo sobre a Tabela 2, pode-se observar que pouco mais de 70% das genitoras realizaram o pré-natal, conforme demanda o ciclo gravídico. Embora esse cenário possa trazer a impressão de percentuais menos preocupantes, novamente é necessário levar em consideração que a ausência de informações impossibilita que seja realizada uma interpretação fidedigna. Nesse item, foi identificado 11,96% de informações ignoradas.

Em que pese o percentual de realização do pré-natal, 45,34% das gestantes não obtiveram o diagnóstico em tempo hábil, o que impediu o acesso imediato ao esquema terapêutico, favorecendo as chances de transmissão vertical e comprometimento do feto. Ainda, menos de 50% das gestantes receberam o diagnóstico da doença durante a assistência pré-natal.

Outra observação importante para essa análise diz respeito ao tratamento.¹⁴ Em 57,62% dos casos o esquema terapêutico aplicado se mostrou inadequado. A realidade demanda ainda mais atenção quando se infere que, em 23,34% dos casos o tratamento nem mesmo chegou a ser realizado. Juntos, esses percentuais representam 80,96% de ocorrências que não foram conduzidas de forma adequada.

Tendo alcançado percentuais semelhantes em suas análises, Domingues e Leal (2016) pontuam que esse achado reflete baixa qualidade na assistência pré-natal e evidencia a ausência de controle sobre os casos de SG e SC. Em sequência, apresentam-se as análises espaciais da SC na Bahia.

3.2 ANÁLISE ESPACIAL DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA

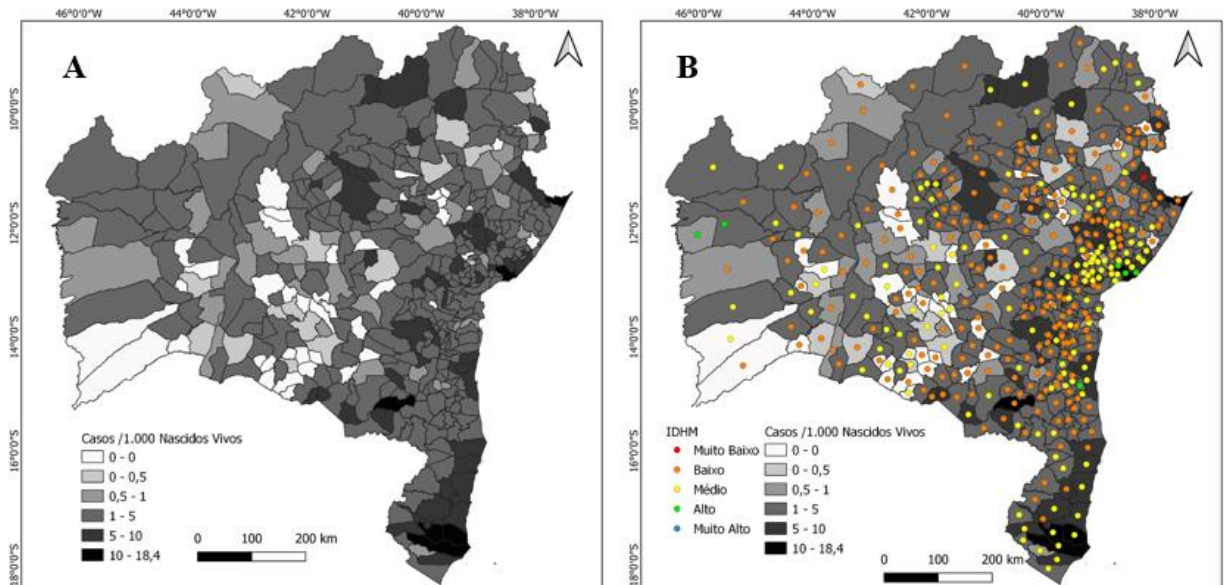
No tocante às análises envolvendo a dimensão espacial, optou-se pela utilização das tecnologias de geoprocessamento. Para além das mensurações epidemiológicas, a identificação de áreas agregadas do evento é importante para conhecer a dinâmica espacial do problema e eleger, por critérios científicos, as áreas que demandam o investimento dos recursos públicos. Outros estudos também se apoiaram nessa ferramenta para a realização de suas investigações (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011; NUNES, 2021; SILVEIRA, 2018; SOARES, 2020).

Considerando os anos de 2011 a 2020, foram notificados 9.823 casos de SC, em crianças menores de um ano de idade, na Bahia. Dos 417 municípios baianos, Salvador concentrou 37,14% (3.649) das notificações e, apenas 10,31% (43) não apresentaram registros da doença, o que pode ser um indicativo da existência de obstáculos para a realização das notificações.

14 Em relação ao tratamento para sífilis na gestante, considera-se adequado todo aquele que tenha sido realizado de forma completa, em obediência ao estágio da doença, com a utilização da penicilina e que tenha sido finalizado, no mínimo, 30 dias antes do momento do parto. Além disso, é indispensável que o parceiro sexual da gestante também seja tratado no mesmo período. O não cumprimento de qualquer uma dessas condutas implica na caracterização de um tratamento inadequado (BVSMS, 2006).

Contudo, entendendo que o tamanho da população é uma característica discrepante entre os municípios, optou-se por analisar essa realidade a partir da incidência, para que fosse possível tecer comentários comparáveis e que não se derrubam pelo viés da quantidade de habitantes dos municípios. Além disso, elegeu-se o IDH como medida para sintetizar as condições sociodemográficas a nível municipal. Os resultados desse investimento analítico se encontram listados nas próximas laudas, tendo início com a exposição da Figura 1 (A) e 1(B).

Figura 1 - (A) Distribuição espacial da incidência de sífilis congênita, em crianças menores de um ano de idade, notificados no estado da Bahia, nos anos de 2011 a 2020 (por 1.000 nascidos vivos) e (B) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)



Fonte: SINAN (2011-2020) e IBGE (2010). Elaboração Própria.

Em atenção a Figura 1 (A), infere-se que a incidência de SC variou de 0 a 18,4, na Bahia, tendo como média o valor de 2,56. Apenas 15,10% (63) dos municípios expressaram incidência de até 0,5/1.000 NV, conforme requerido pela OPAS e, em 10,07% (42) destes, não houveram registros da doença, portanto, foi identificada a incidência de 0/1.000 NV. Por outro lado, entre os municípios que não atenderam ao preconizado pela referida meta, foi necessária uma observação especial para aqueles em que a incidência foi ≥ 10 casos por 1.000 NV, a saber: Alcobaça (18,36), Jandaíra (12,89), Teixeira de Freitas (11,63), Caravelas (10,87), Salvador (10,35) e Itambé (10,10).

Sobre as variáveis categóricas e dicotômicas, através das medidas de tendência central e de dispersão, foram obtidos os valores de 1,02 no primeiro quartil (Qi), 1,92 na mediana (Md)

e 3,57 no terceiro quartil (Qi), o que, de forma sucinta, significa entender que a cada 25% de distribuição dos municípios, estas foram as incidências médias identificadas.

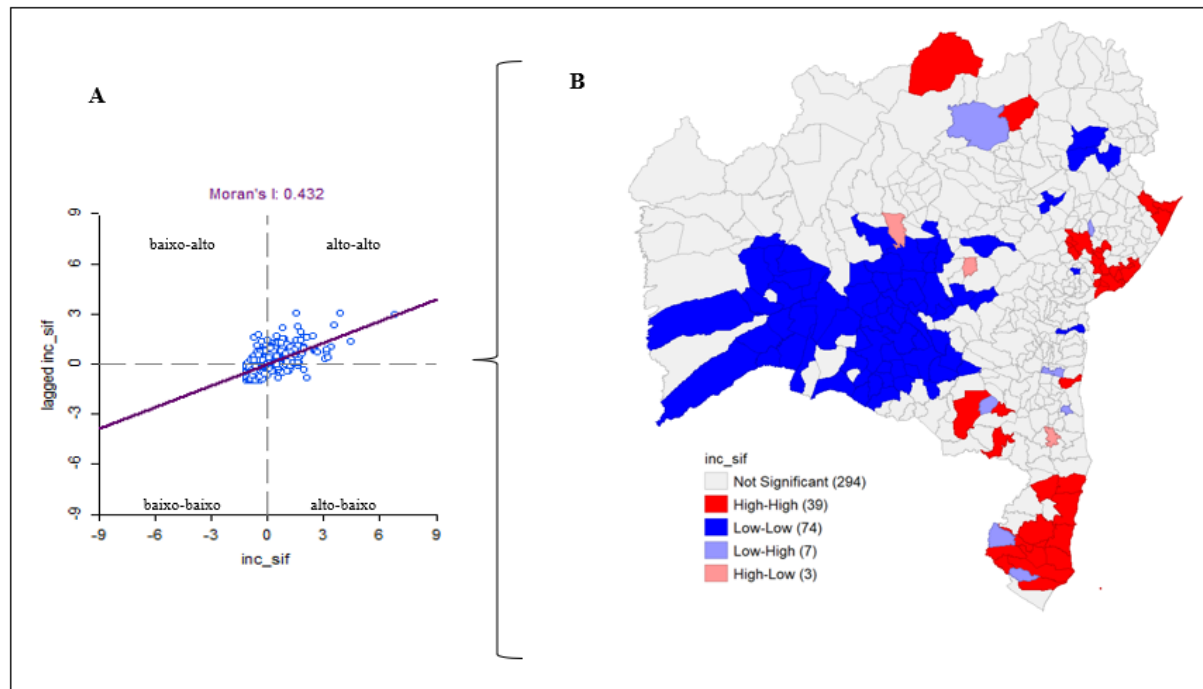
Além disso, não se pode deixar de discorrer sobre o padrão espacial apresentado pela Figura 1 (A), em que os municípios com menores taxas de incidência estão distribuídos na porção centro-oeste do estado e as taxas de incidência mais elevadas partiram de municípios localizadas na borda leste e, especialmente, extremo sul, a exemplo de Alcobaça que apresentou a maior incidência do estado como comentado anteriormente.

Transferindo a atenção para a Figura 1(B), na qual as faixas do IDH-M encontram-se sobrepostas a incidência de SC por município, teve-se a intenção de investigar em que medida os casos da doença poderiam ser explicados por este índice. Assim, analisando a correlação entre essas variáveis, por meio do cálculo do seu R^2 , obteve-se que o IDH-M somente responde por 24% dos casos. Entretanto, é possível cogitar a atribuição desse baixo percentual de correlação ao fato de que 82,25% dos municípios possuem IDH-M médio (0,699).

Em face ao resultado trazido pela análise do IDH, este estudo cogitou a utilização do IBP, por se tratar de uma medida com elevada capilaridade no que se refere às informações sobre o estado de privação em diferentes níveis territoriais. Contudo, pela leitura do próprio índice, a Bahia pode ser interpretada como altamente vulnerável, com exceção, apenas, do município de Salvador que apresenta privação média (CIDACS, 2022). Por isso, também devido a discreta variação na leitura do índice para o estado, o IBP não foi adotado pelo presente estudo.

Em associação, esta pesquisa se favoreceu da análise global do Índice de Moran, em que os municípios são visualizados através do gráfico de dispersão, tendo como representação gráfica os *clusters* espaciais, conforme o exposto na Figura 2.

Figura 2 - (A) Diagrama de dispersão do Índice de Moran e (B) Regimes espaciais da incidência de sífilis congênita, em crianças menores de um ano de idade, notificados no estado da Bahia, nos anos de 2011 a 2020 (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: SINAN (2011-2020) e IBGE (2010). Elaboração própria.

Em atenção a Figura 2(A), nota-se que o Índice de Moran revelou autocorrelação positiva para a incidência de SC, tendo como medida 0.432 e p-valor $<0,001$, o que mostra significância estatística e dependência espacial para a variável analisada. Ao lado, na Figura 2(B) estão apresentados os regimes espaciais que resultaram da espacialização das informações colocadas pelo gráfico de dispersão, sendo eles em quatro tipos:

i) High-High (alto-alto) em que estão agrupados 39 municípios que, assim como os seus vizinhos, possuem a taxa de incidência elevada, estando entre eles: Alcobaça ($p=0,001$), Jandaíra ($p=0,039$), Teixeira de Freitas ($p=0,001$), Caravelas ($p=0,001$) e Salvador ($p=0,001$).

ii) Low-Low (baixo-baixo) onde encontram-se 74 municípios que apresentaram menores taxas de incidência, assim como seu entorno, a saber: Abaíra ($p=0,002$), Érico Cardoso ($p=0,001$), Brotas de Macaúbas ($p=0,019$), Caetanos ($p=0,045$) e Caturama ($p=0,001$).

iii) Low-High (baixo-alto) onde estão sete municípios em que, diferente dos seus vizinhos, a taxa de incidência é baixa, sendo eles: Ibirapuã ($p=0,006$), Buerarema ($p=0,031$), Itanhém ($p=0,022$) e Barra do Choça ($p=0,0180$).

iv) High-Low (alto-baixo) em que três municípios foram identificados tendo alta incidência, diferentemente da sua vizinhança, são eles: Ibiquera ($p=0,011$), Camacan ($p=0,044$) e Barra do Mendes ($p=0,004$).

Além disso, as taxas de incidência de 294 municípios não revelaram significância estatística. Por isso, estes não fizeram parte dos regimes espaciais encontrados na análise.

Embora tudo o que foi exposto tenha trazido foco para a complexidade da SC na Bahia, esse cenário pode ser ainda mais preocupante tendo em vista que não se pode descartar a possibilidade de subnotificações e/ou outras inconsistências relacionadas com o processo de notificação dessas ocorrências. Essa fragilidade também foi enfrentada por outros autores como Domingues e Leal (2016), Heringer et al. (2020), Medeiros et al. (2022), Ozelame et al. (2020) e Vasconcelos et al. (2020) que, em seus textos, fizeram a ressalva de que qualquer estudo que se dedique a investigar a SC, ainda que selecione diferentes recursos metodológicos, não deixa de enfrentar as limitações decorrentes dos problemas de notificação.

Para Nascimento (2020), essas imprecisões podem ocorrer devido a má interpretação e falhas no preenchimento dos dados na ficha de notificação compulsória, fazendo com que estes não possam ser identificados e capturados dos bancos de dados onde ficam armazenados, ainda que se tratem de bases abastecidas por setores públicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o objetivo de identificar as características socioeconômicas das genitoras dos menores de um ano de idade, acometidos pela sífilis congênita na Bahia, entre os anos de 2011 a 2020. Assim como, apontar possíveis relações entre a distribuição espacial da doença e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios baianos. Tendo sido cumpridos esses objetivos, listam-se as considerações finais.

Por meio das análises realizadas por este estudo, foi possível identificar que as genitoras das crianças diagnosticadas com SC, considerando os recortes temporal e espacial comentados anteriormente, possuem como características sociodemográficas o fato de serem mulheres adultas jovens (20 a 29 anos), baixa escolaridade e pardas (autodeclaração). Oportunamente, foram evidenciados indicativos de falhas na assistência pré-natal o que contribui para que a SC continue sendo uma pendência para a saúde pública.

Também, é importante comentar que este estudo sofreu com limitações por ter se estruturado a partir da análise de dados secundários, como o fato de terem sido encontrado percentuais significativos de informações ignoradas, a exemplo da escolaridade que apresentou 37,64% de dados ausentes, e que, por isso, não puderam ser analisadas, favorecendo com que

existam dificuldades para a compreensão do perfil sociodemográfico das genitoras das crianças acometidas por sífilis congênita.

No que tange a distribuição espacial da incidência de SC, notou-se que a doença se desenvolve de forma heterogênea entre os municípios do estado, tendo sido mais expressiva naqueles que estão localizados no litoral e no extremos sul, a exemplo de Alcobaça que apresentou a maior incidência da Bahia. Em oposição, os municípios do centro-oeste tiveram as menores taxas de incidência, entre eles: Abaíra, Érico Cardoso e Brotas de Macaúbas.

Para além da sua contribuição, este estudo abre caminhos para que mais pesquisas sejam realizadas com o intuito de considerar outros elementos, que não estiveram em observação nesta investigação, como possíveis relações com a localização de rodovias e, que optem pela utilização de dados primários com a finalidade de evitar ou reduzir os problemas impostos pela possibilidade de subnotificação dos casos de SC.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. **Econometria espacial aplicada**. 1. ed. São Paulo: Alínea, 2012. 498 p.

ALMEIDA, M. de F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização Epidemiológica da Sífilis Congênita no Município de Salvador, Bahia. **DST - J. bras. Doenças Sex. Transm**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.144-156, dez. 2007.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111- 126, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. 1. ed. Brasília: MS, 2010. 100 p.

BURT, J. E.; BARBER, G. M.; RIGBY, D. L. **Elementary Statistics for Geographers**. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2009. 653 p.

CHEN, Y. New Approaches for Calculating Moran's Index of Spatial Autocorrelation. **PLoS ONE**, Califórnia, v.8, n.7, p.1-14, jul. 2013.

CIDACS - CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA A SAÚDE. **Índice Brasileiro de Privação**. Disponível: <<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/tmp-ibp/ibp/>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

COSTA, C. C. da. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.152-159, fev. 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, p.1-12, jun. 2016.

HERINGER, A. L. dos S. et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.44, n.1, p.1-8, jan. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>. Acesso em: 01. ago. 2021.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) – Planilha**. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>. Acesso em: 03 jul. 2022.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, abr. 2003.

LIMA, Marina Guimarães et al. Incidência e fatores de risco para a sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499 - 506, abr. 2013.

MEDEIROS, J. A. R. et al. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. **Scientific Reports**, v.12, n.1, p.1-13, jan. 2022.

MELO, N. G. D. O.; MELO FILHO, D. A. de; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 213 - 222, abr./jun. 2011.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil avança no enfrentamento à sífilis**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-avanca-no-enfrentamento-sifilis>. Acesso em: 01 ago. 21.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Número Especial, out. 2021-Sífilis**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf/view. Acesso em: 28 jul.2022.

MATTEI, Peter L. et al. Sífilis: uma infecção reemergente. **American Family Physician**, EUA, v. 86, n. 5, p.433-440, set. 2012.

NARDI, S. M. T. et al. Geoprocessamento em saúde pública: fundamentos e aplicações. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 185-191, mar. 2013.

NASCIMENTO, L. F. C. Sífilis Congênita no Vale do Paraíba sob enfoque espacial. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.38, n.3, p.1-9, jul.2020.

NUNES, P. S. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.30, n.1, p.1-11, jan. 2021.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 197 p.

OLIVEIRA, Jamile Souza de; SANTOS, Jéssica Vasconcelos. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 1-11, jul./dez. 2015.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **EMTCT Plus. Marco para a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e Chagas**. 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306>. Acesso em: 22 jul. 2022.

OZELAME, J. É. E. P. et al. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.1-9, Out. 2020.

SESAB - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Boletins: Boletim Epidemiológico-Sífilis - Bahia**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/agravo/sifilis-congenita/>. Acesso em: 11 maio 2021.

SESAB - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Sífilis**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/sifilis/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

SILVEIRA, Kirilly Bezerra da. **Epidemiologia e Distribuição Espacial da Sífilis Congênita em Sergipe**. 2018. 143f. Dissertação (Mestrado) - Biologia Parasitária. Universidade Federal de Sergipe - UFS, Sergipe, 2018.

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. **Sífilis Congênita**. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>>. Acesso: 26 jul.2021.

SOARES, K. K. S. et al. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.29, n.1, p.1-12, jan. 2020.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciênc. Saúde Colet**. v.22, n.9, p.2.909-2.918, Set. 2017.

SOUZA, B. S. de O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. de L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med**. v.16, n.2, p.94-98, abr.-jun. 2018.

SOUZA, W. N. de; BENITO, L. A. O. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p.97-104, Jul./Dez. 2016.

VASCONCELOS, M. N. et al. Características das mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita. **O Mundo da Saúde**, v.1, n.44, p.585-594, jan. 2020.

VIANNA, P. V. C. et al. Sífilis Congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, São Paulo, v.23, n.42, p.35-50, jul.2017.

**SEÇÃO 3 ESTRATÉGIAS DE COMBATE A SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA
BAHIA: ONDE ESTÃO OS ENTRAVERES?**

ESTRATÉGIAS DE COMBATE A SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA: ONDE ESTÃO OS ENTRAVES?

Brenda Laudano Lima¹⁵

RESUMO

Embora a Sífilis Congênita seja um desafio para os gestores públicos, a doença ainda recebe pouco protagonismo nas pautas das agendas públicas de saúde da América Latina e do Caribe. No Brasil, verifica-se que o agravo, comumente, costuma ocorrer em regiões em que as populações são mais vulneráveis, como o Estado da Bahia. Isto posto, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar quais as estratégias públicas foram elaboradas e implementadas nos níveis federal, estadual e municipal para o enfrentamento da Sífilis Congênita no Brasil, com enfoque para o estado da Bahia. Para tanto, este é um estudo de perfil qualitativo que recorreu à pesquisa documental nas páginas virtuais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde. Em associação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas junto aos prepostos públicos dos municípios baianos e que foram tratadas a partir da análise de conteúdo. Desse modo, foi possível inferir que a produção técnica e científica, por parte do Ministério da Saúde, expressou uma mudança de abordagem ao longo dos anos, fazendo com que este estudo a organizasse em duas fases, sendo elas: assistencial e de gestão. Em relação às medidas estaduais, destacam-se os investimentos dos estados de São Paulo, Bahia e Paraná. Por parte dos municípios, foram evidenciados obstáculos para o cumprimento das estratégias, tais como: baixa adesão das parcerias das gestantes ao tratamento, déficit de médicos e enfermeiros capacitados, rotatividade dos cargos públicos e ausência de recursos específicos para o manejo da doença. Além disso, foram apontadas atividades turísticas e períodos festivos como contribuintes para o aumento das notificações dos casos.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde materno-infantil, política de saúde, vigilância em saúde pública.

ABSTRACT

Although Congenital Syphilis is a challenge for public managers, the disease still receives little prominence on the agendas of public health agendas in Latin America and the Caribbean. In Brazil, it appears that the condition commonly occurs in regions where populations are more vulnerable, such as the State of Bahia. That said, this study was developed with the objective of identifying which public strategies were developed and implemented at the federal, state and municipal levels to face Congenital Syphilis in Brazil, with a focus on the state of Bahia. Therefore, this is a qualitative profile study that resorted to documentary research on the virtual

¹⁵Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador (UNIFACS). Bolsista CAPES. Bacharel em Enfermagem (UNIFACS). E-mail: brendallaudano@gmail.com.

pages of the Ministry of Health and the State and Municipal Health Secretariats. In association, semi-structured interviews were carried out with public representatives from the municipalities of Bahia, which were treated based on content analysis. Thus, it was possible to infer that the technical and scientific production, by the Ministry of Health, expressed a change in approach over the years, making this study organize it into two phases, namely: care and management. With regard to state measures, investments in the states of São Paulo, Bahia and Paraná stand out. On the part of the municipalities, obstacles to the fulfillment of the strategies were evidenced, such as: low adherence of pregnant women's partnerships to the treatment, shortage of trained doctors and nurses, rotation of public positions and lack of specific resources for the management of the disease. In addition, tourist activities and festive periods were identified as contributing to the increase in case notifications.

Keywords: primary health care, maternal and child health, health policy, public health surveillance.

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (BRASIL, 2010). Quando infecta mulheres em fase gestacional, tem o potencial de atravessar a barreira placentária e acometer o feto, podendo ocasionar a Sífilis Congênita (SC), nos casos em que o diagnóstico e o tratamento não são realizados em tempo hábil ou não são feitos de forma adequada (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Ainda segundo os mesmos autores, no que diz respeito às manifestações na criança acometida, a doença pode se revelar por meio de lesões cutâneas, má formação de órgãos, comprometimento ósseo, neurológico e auditivo, podendo até mesmo, impedir o seguimento da gestação ao promover o óbito fetal.

Por tratar-se de um agravo evitável, que possui tratamento eficaz, pouco complexo e barato, para impedir a sua ocorrência, a SC é reconhecida como um evento sentinela que serve para inferir sobre a qualidade das ações desempenhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) para a assistência materno-infantil, especialmente, o pré-natal (VIANNA, 2017). Embora a SC seja um agravo milenar, para Avelleira e Bottino (2006), a doença persiste como um grande problema para a saúde pública.

Nessa perspectiva, Herrero, Deluca e Faraone (2020) concluem que a SC recebe pouco espaço nas pautas das agendas públicas de saúde da América Latina e do Caribe e que, alguns aspectos relacionados com a política externa e a inovação tecnológica, além da pouca mobilização social e o baixo protagonismo da doença, são impeditivos para que esse tema avance para uma agenda decisória.

No Brasil, a SC também representa um desafio para os gestores públicos. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS, 2021), no ano de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 22.065 casos de SC, representando uma incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos no país e, nor observando pelos recortes regionais, o Nordeste ocupa a segunda posição no quantitativo de notificações, com 28,2% dos registros. Em relação ao estado da Bahia, enfoque deste estudo, o Boletim Epidemiológico do Estado (SESAB, 2021) expõe que o ano de 2018 foi marcado pelo maior volume de notificação dos casos de SC, com taxa de detecção de 7,6/1.000 nascidos vivos no estado.

Observando a análise realizada pelo MS (2021), depreende-se que os casos de SC são mais frequentes em bebês cujas mães são jovens, pardas e que possuem baixa escolaridade. Autores como Vasconcelos et al. (2020) e Vianna et al. (2017), pontuam que os casos de SC costumam atrelar-se à realidade de populações socialmente vulneráveis. Tendo em consideração essas concepções, observa-se que a Bahia possui elevada vulnerabilidade que é evidenciada por um Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) de 0,403 (IPEA, 2022) e nível alto nível de privação pelo Índice Brasileiro de Pivação (IBP) (CIDACS, 2022).

Isto posto, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar quais as estratégias públicas foram elaboradas e implementadas nos níveis federal, estadual e municipal para o enfrentamento da Sífilis Congênita no Brasil, com enfoque para o estado da Bahia. Do ponto de vista da sua organização, este artigo possui cinco seções, sendo elas esta Introdução, Referencial Teórico trazendo os conceitos e a estruturação de uma política pública, Metodologia contendo a caracterização do estudo e os recursos empregados para sua realização, Resultados e Discussões onde estão concentradas todas as estratégias públicas identificadas para o manejo da SC e, por fim, as Considerações Finais, postas após o alcance das intenções deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de política pública apresenta-se multifacetado e, desde o surgimento desse campo de estudo, diversos autores realizaram contribuições numa tentativa de se alcançar uma definição comum. No entanto, o que se nota é uma amálgama de definições, nem melhor ou pior para o tema, conforme aponta Souza (2006). Inicialmente, Lasswell (1936) define políticas

públicas como uma possibilidade de conciliação entre a produção científica e o conhecimento empírico, por parte do governo, o que faz com que o autor questione sobre quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Já Easton (1965), afirmou que essa área de estudo é como um sistema e que pode ser vista como a relação entre o que os governos formulam e os resultados.

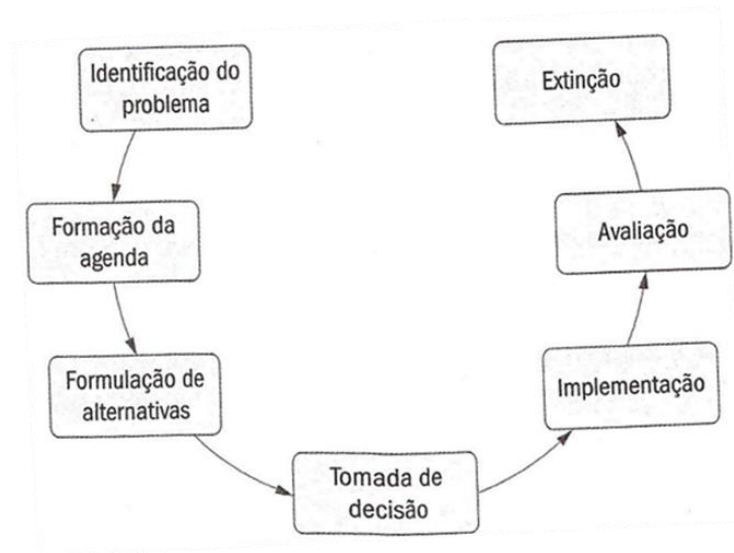
As discussões prosseguiram nas décadas seguintes e, conforme o entendimento de Lynn (1980), as políticas públicas são como uma mescla de condutas governamentais que produzirão determinados efeitos. Sendo mais contundente, Dye (1984) aponta que políticas públicas são o que o governo escolhe fazer ou não fazer. Por outro lado, Mead (1995) determina que é um campo de estudo que visa analisar os governos conforme as questões públicas relevantes.

Desse modo, é perceptível a existência de múltiplas possibilidades em relação ao conceito de políticas públicas. Entretanto, para a presente investigação, acredita-se que a definição colocada por Souza (2006) capta a essência desse campo de estudo, o qual é definido como área do conhecimento que busca estimular a atuação governamental de modo que seja possível a fiscalização e a indicação de mudanças para as iniciativas implementadas.

De forma mais específica, tratando sobre o conceito de política pública em saúde, este é definido como o campo de ação social do Estado que visa o aperfeiçoamento das circunstâncias de saúde da população e dos espaços naturais, sociais e laborais, tendo como objetivo fazer com que as iniciativas públicas estejam direcionadas para a promoção, manutenção e recuperação do estado de saúde dos indivíduos e dos grupos em que se inserem (LUCCHESI, 2004).

Ainda para este estudo, é necessário que se compreenda como ocorre o processo de elaboração de uma política pública. Desse modo, o modelo mais conhecido e sedimentado é o ciclo de políticas públicas, o qual consiste num esquema que estabelece a vida de uma política pública em etapas seriadas e correlatas, como exposto a seguir, na Figura 1.

Figura 1 - Processo de elaboração de uma política pública



Fonte: Secchi (2013).

Em observação a Figura 1, nota-se que o ciclo de políticas públicas é composto por sete etapas, sendo elas: i) Identificação do problema, ii) Formação da agenda, iii) Formulação de alternativas, iv) Tomada de decisão, v) Implementação, vi) Avaliação e vii) Extinção, conforme posto por Secchi (2013). Esse processo, como o nome já indica, nunca termina e retroalimenta-se de forma constante e sistemática, bem como, dificilmente as etapas desses ciclos serão seguidas de forma previsível, ao contrário, esses estágios podem sobrepor-se ou a sequência não ser obedecida (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011).

Mantendo a atenção na Figura 1, para esse estudo, a fase de interesse é a Implementação, uma vez que, o objetivo é inferir sobre as políticas públicas implementadas para o enfrentamento da Sífilis Congênita no estado da Bahia. De acordo com Secchi (2013), é nesta etapa que são gerados os resultados factíveis de uma política pública e a relevância de estudar essa fase reside na possibilidade de serem detectados obstáculos e falhas que podem ocorrer nesse período, bem como, a visualização de erros nas etapas anteriores.

Tratando-se de SC, embora seja uma doença milenar, ainda apresenta-se como um desafio para a saúde, em todas as esferas de governo, pois um aspecto facilitador para a sua disseminação é baixa a qualidade da assistência pré-natal que resulta na ausência de controle da transmissão vertical da doença (MAGALHÃES et al., 2013). Do mesmo modo, o tratamento

incompleto/inadequado das crianças acometidas (SILVEIRA et al., 2019), dificuldade em comunicar a parceria da gestante diagnosticada com Sífilis e questões socioeconômicas, estando entre elas: dificuldades de deslocamento aos serviços de saúde, ausência do ambiente laboral e pouco comprometimento com as orientações oferecidas nas consultas de pré-natal, favorecem as notificações de SC (MIRANDA; NASCIMENTO; ROCHA, 2019). Desse modo, percebe-se a necessidade do fortalecimento de políticas públicas, visto que esse instrumento objetiva examinar e solucionar problemas de caráter público, por meio de um processo de ações governamentais (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Quanto à caracterização, este é um estudo de perfil qualitativo (MINAYO, 2007) que, para atender ao seu objetivo, adotou a pesquisa bibliográfica. Para Lakatos e Marconi (2003), este é um recurso que permite o exame de toda a bibliografia já tornada pública sobre um dado tema, oportunizando com que sejam realizadas interpretações sob uma nova perspectiva. Em associação, foi realizada uma pesquisa documental (GIL, 2002) que permitiu a inserção de documentos governamentais (municipais, estaduais e federais) que foram capturados das páginas virtuais do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios baianos.

Ainda, foi indispensável a realização de entrevistas semiestruturadas junto aos prepostos públicos, mais especificamente, os secretários de saúde que atuam na esfera municipal. Cabe informar que, nos casos em que estes não tiveram como participar do estudo, admitiu-se a participação de outros prepostos também vinculados ao setor de saúde e que foram indicados pelas próprias SMS dos respectivos municípios.

Sobre as entrevistas semiestruturadas, esta pesquisa se apoiou na descrição feita por Manzini (2003) em que o autor explica que estas se realizam por meio de um roteiro, previamente elaborado, obviamente, com questões que possuem relação com os interesses do estudo e que atuam como norteadoras da entrevista e permitindo com que o entrevistado ofereça respostas mais completas para os questionamentos colocados.

Para a captação dos prepostos, foram acessados os sites das SMS e rastreadas informações como número para contato telefônico e/ou e-mail dos secretários municipais de saúde, independente do regime de contratação deste funcionário. Esta pesquisa considerou a participação de apenas um representante por município.

Em sequência, foram enviados e-mails, individuais, ou ligações telefônicas com a finalidade de contactar os possíveis entrevistados. Tendo os identificados, foram enviados e-mails, também individuais, para cada um desses prepostos para informar sobre o estudo. Foram enviados anexados ao e-mail: o parecer com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. Somente foram incluídas as entrevistas com os prepostos que assinaram o termo em concordância com a participação neste estudo.

Foram considerados para a entrevista somente os prepostos que atuam em atividades de gestão, pertinentes com as políticas, projetos, programas e estratégias para o manejo da SC, no âmbito das instituições e órgãos municipais de saúde. Isso se deve a intenção de compreender melhor como as medidas de combate à SC são desenvolvidas nos municípios que concentram mais notificações e naqueles que possuem menos registros sobre o acometimento pela doença.

No que tange às questões, estas foram elaboradas a partir dos achados das pesquisas bibliográfica e documental. As questões foram organizadas em dois eixos, a saber: a) Identificação do entrevistado: nome completo, cargo e tempo de atuação (para que fosse possível certificar-se sobre a relação do preposto com o tema abordado por este estudo) e b) Notificação dos casos positivos para a SC: onde foram concentradas perguntas sobre as medidas instituídas para o controle/combate da doença, tais como: i) Existe um fluxo de notificação para os casos de SC no município? Se sim, qual o fluxo adotado? ii) Sob as medidas de qual/is programa/s o cenário da SC é acompanhado no município? iii) O que o(a) senhor(a) acha sobre o/s programa/s em desenvolvimento no município? iv) Existem dificuldades para o desenvolvimento das estratégias municipais, estaduais e federais de combate à SC no município? Se sim, quais? v) O que o(a) senhor(a) mudaria nas medidas, dedicadas a SC em desenvolvimento no município? vi) Qual/is a/s sugestão/ões do senhor(a) para que o cenário da SC seja melhor conduzido na esfera municipal?

As entrevistas foram realizadas nos meses de julho a novembro do ano de 2022, via plataforma *teams* e, em sequência, foram transcritas. Pensando em preservar, ao máximo

possível, as informações de identificação do(a) entrevistado(a), este estudo optou por uma combinação de letras e números cardinais para a entrada das falas no texto, a exemplo: AA/M1/E1, onde as duas primeiras letras indicam a qual *cluster*¹⁶ o município pertence, podendo ser AA (Alta-Alta), para municípios que possuem muitos casos e seus vizinhos também, BB (Baixa-Baixa), sendo o inverso e NS (Não significativa) para os municípios que não possuem significância espacial na análise. Em sequência, a letra “M” representa a palavra “município” e será acompanhada por um número, cardinal, individual para cada município e, por fim, a última combinação de letra e número diz respeito ao preposto, onde a letra “E” representa o termo “entrevistado(a)” e o número ao lado será empregado para deixar claro ao leitor que as falas partem de prepostos distintos.

Para o tratamento das entrevistas, este estudo irá se apropriar da técnica de análise de conteúdo difundida por Bardin (1977), para a autora, este é um recurso utilizado por pesquisas qualitativas, onde o pesquisador precisará proceder com a “leitura flutuante” que se caracteriza pelo contato inicial com os discursos que serão analisados, o filtro desses discursos, e a determinação dos objetivos que se busca responder e que servirão para orientar o pesquisador a interpretar o material.

Em razão do percurso metodológico elaborado para garantir o cumprimento do objetivo deste estudo e em obediência a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, assim como, em concordância com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, de 03 de março de 2021, foi necessário submeter o estudo à apreciação do CEP. Desse modo, obteve-se aprovação através do parecer de nº 5.506.275.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a exposição de todos os resultados trazidos por este estudo, esta seção encontra-se organizada em três subseções. Na primeira, estão elencadas as medidas de enfrentamento concebidas no âmbito federal, na segunda, organizam-se as estratégias desenvolvidas pela

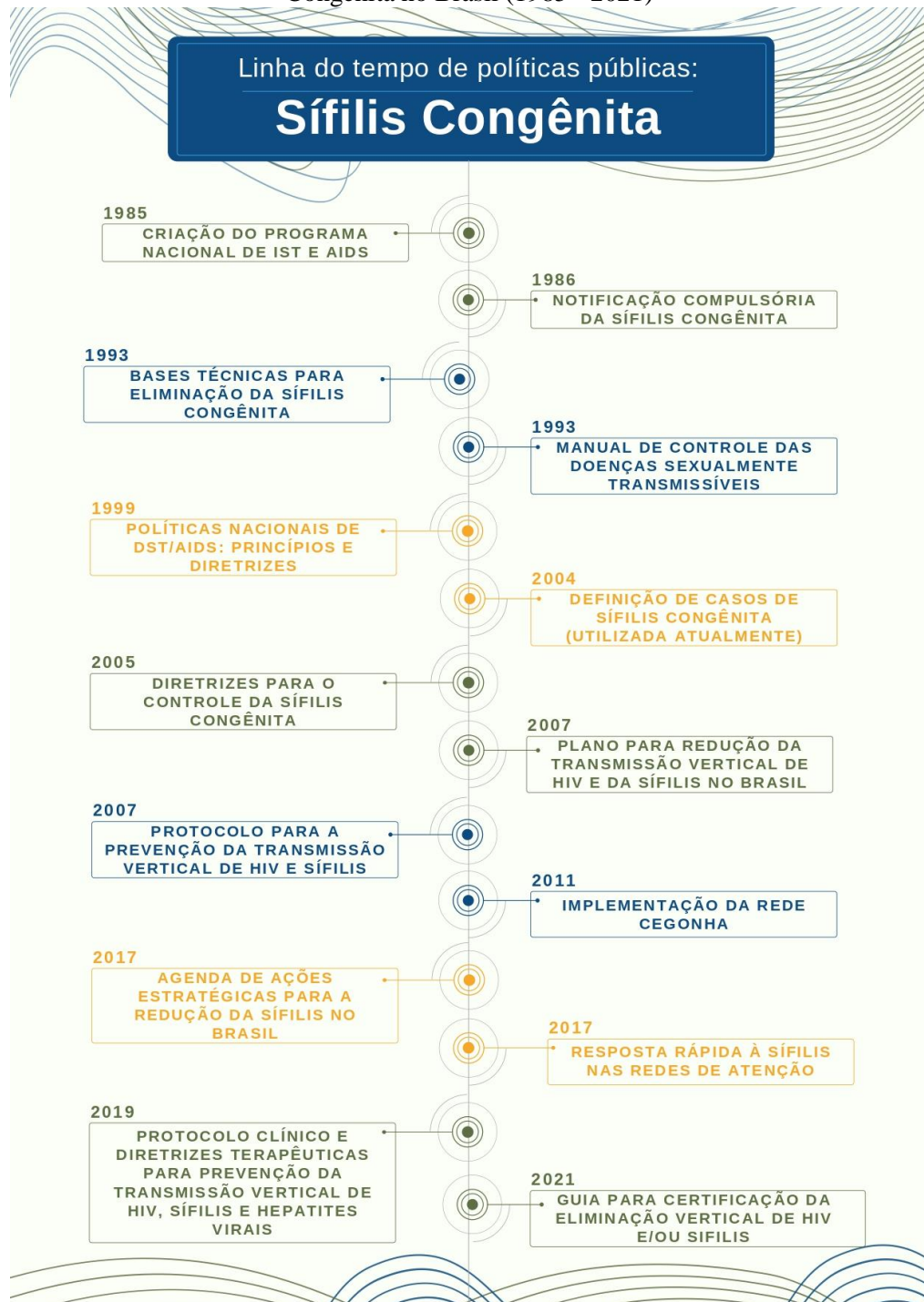
16 Para a transparência das informações deste estudo, faz-se oportuno esclarecer que os 417 municípios baianos foram previamente organizados em clusters (aglomerados) que os agruparam de acordo ao volume de notificações dos casos de sífilis congênita em cada município. Desse modo, foi possível identificar grupos onde os casos são mais e menos representativos.

esfera estadual e, por fim, na terceira, estão expostas as declarações oriundas das entrevistas realizadas com os prepostos municipais.

4.1 ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA O MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Buscando identificar o que se tem produzido, inicialmente a nível nacional, no tocante às políticas públicas de combate a SC, investigou-se a produção técnica e científica por parte do Ministério da Saúde (MS). Desse modo, foi possível identificar que a formulação de documentos com o propósito citado segue duas tendências de abordagem, as quais estão organizadas por este estudo em duas fases e foram denominadas: i) Fase Assistencial, final da década de 1980 até o ano de 2007, em que estão concentradas as iniciativas que tiveram como prioridade a melhoria dos serviços assistenciais e ii) Fase de Gestão, a partir do ano de 2011 até os dias atuais, onde estão agrupadas as medidas que tiveram como foco o aprimoramento da gestão dos serviços de saúde. Todas as medidas encontram-se dispostas na Figura 2.

Figura 2 - Organização Cronológica das iniciativas da Saúde Pública para o manejo da Sífilis Congênita no Brasil (1985 - 2021)



Fonte: Elaboração própria (2022).

Em observação à Figura 2, inicialmente trataremos sobre as medidas estabelecidas no período de 1985 até 2007 ou, como foi denominada: **Fase Assistencial**. A medida inaugural desse período foi a criação do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS, estabelecida no ano de 1985, tendo como objetivo a promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas que convivem com essas patologias. As medidas eram

articuladas pelo MS, juntamente com as secretarias de saúde dos governos estaduais e municipais, indicando uma descentralização dos serviços, princípio esse que apareceria anos mais tarde na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1985). No ano seguinte, a SC foi definida como um agravo de notificação compulsória, por meio da Portaria nº 542 (BRASIL, 1986).

Em 1993, foi divulgado o documento “Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita”, que consiste num manual que trazia em seu conteúdo a proposta de eliminação da SC até o ano 2000, por meio de três princípios básicos de atuação: evitar ou interromper a transmissão da sífilis adquirida materna para o bebê, reduzir as consequências para a criança infectada através do tratamento oportuno e adequado e prevenir a ocorrência de novos casos de sífilis em mulheres em idade fértil, principalmente as gestantes. O manuscrito destaca, ainda, que as crianças menores de um ano de idade, por serem mais vulneráveis, devem receber uma maior atenção no tocante ao enfrentamento da doença (BRASIL, 1993).

É importante ressaltar que essa publicação foi responsável por estabelecer os alicerces do manejo clínico da SC que permanecem até os dias atuais. Como o uso das penicilinas benzatina, cristalina e procaína para o tratamento (em alguns casos, o esquema terapêutico ainda permanece igual), a investigação direta através de microscopia e a utilização dos testes sorológicos. O manual também apontava para a necessidade de um sistema de vigilância epidemiológica de elevada sensibilidade, assim como já apresentava uma ficha de notificação e uma definição de caso de SC.

Em 1999, seis anos depois, o MS torna conhecida a Política Nacional de DST/Aids: Princípios e Diretrizes. Concernente a SC, uma das diretrizes é a prevenção e controle da doença, sendo que, para a concretização desse objetivo, são apontadas algumas estratégias, entre elas destaca-se: amplificação da oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida para população feminina em idade fértil e suas parcerias; credenciamento de maternidades para assistência imediata aos recém-nascidos com SC e a implantação de Grupos de Investigação de Sífilis Congênita (GISC) na atenção básica e em maternidades, objetivando a busca ativa de casos para posterior tratamento adequado e notificação. É ressaltado, mais uma vez, a importância da vigilância epidemiológica da SC, entretanto o documento sublinha a relevância do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nesse contexto, pois será possível conhecer a magnitude e as tendências da doença no país (BRASIL, 1999).

Na primeira década do século XXI, a definição de caso de SC foi alterada mais uma vez, antes de 2004, esse conceito foi revisado duas vezes. A primeira definição foi implantada em 1983 vigorando até 1988 e era intitulada de critério Kaufman sendo baseada em dados clínicos e sorológicos, classificando os casos em: definido, provável, possível e improvável, levando em consideração a probabilidade da infecção. A segunda mudança ocorreu em 1988, a nova definição adotou os critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) o qual classificava a doença em casos confirmados, compatíveis (provável ou possível) ou improváveis. O conceito do CDC fundamentava-se em testes sorológicos, quadro clínico e na histórico de tratamento das genitoras (BRASIL, 2005; PAZ et al., 2004). Em 2004, o MS apresentou a nova definição, que vigora atualmente, para o que deve ser entendido como caso confirmado de SC com base em quatro critérios, a saber:

- i) Toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou que tenha recebido tratamento inadequado;
- ii) Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe;
- iii) Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita;
- iv) Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biopsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos (BRASIL, 2005, p. 25-27).

Em 2005, o MS divulgou o documento “Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita”. As bases desse manuscrito são calcadas em produções científicas anteriores acerca da SC, no entanto, refinando o que já foi proposto. O destaque dessa obra são as orientações para o manejo clínico da criança com SC que objetivam não fragmentar esse cuidado, delineando de forma precisa como o profissional que irá assistir ao caso deve agir frente aos vários cenários que essas crianças podem apresentar (BRASIL, 2005).

No ano de 2007, dois novos documentos foram veiculados: o Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis e o Plano para Redução da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil, ambos não apresentam nenhuma ação paradigmática no combate à SC, limitando-se apenas a congregar informações já presentes em manuscritos prévios acerca da temática, seja no âmbito das diretrizes para o manejo a criança com SC ou na definição de metas quanto a situação epidemiológica (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

Após decorridos quatro anos das medidas supracitadas, foram estabelecidas as estratégias que integram o período que este estudo denominou: **Fase de Gestão**, compreendendo os anos de 2011 a 2021. No primeiro ano desse recorte temporal, foi implantada a Rede Cegonha que visa estabelecer uma rede de cuidados integrais para a mulher no âmbito do planejamento reprodutivo, assim como, durante o ciclo gravídico-puerperal, além de assegurar o direito a um nascimento e desenvolvimento seguro para a criança. Esse arranjo de saúde enfatiza a busca ativa por crianças vulneráveis e, também, o tratamento de ISTs que acometem tanto mulheres, quanto às crianças. O paradigma que a Rede Cegonha carrega consigo é organizar os serviços para seu público-alvo e interligá-los fazendo com que esse cuidado seja mantido desde as maternidades até a atenção básica, em unidades de saúde próximas à residência dessas mulheres (BRASIL, 2011).

No ano de 2017, o MS apresentou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil que, mais uma vez, objetiva a redução da SC em território nacional. No entanto, o foco deste documento são os gestores de saúde por meio da qualificação desses profissionais no combate a SC, bem como a educação em saúde com ênfase na produção e divulgação de material sobre a SC para a sociedade civil, associadas ao fortalecimento da parceria entre o MS e outros agentes sociais, tais como: organizações não-governamentais, instituições de ensino ou outros órgãos do governo (BRASIL, 2017).

Em 2019 foi disponibilizado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais com o objetivo de nortear o manejo de mulheres e parcerias no tocante às ISTs e orientar sobre o cuidado que deve ser oferecido para as crianças que foram expostas a alguma dessas doenças. O documento propõe-se a ser uma ferramenta de linguagem acessível e que facilite o acesso às principais recomendações, pelos profissionais de saúde, acerca da temática (BRASIL, 2019).

Dois anos mais tarde foi lançado o Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis que objetiva a padronização dos requisitos necessários para que estados e municípios, que possuam a partir de 100 mil habitantes, possam ser contemplados com a certificação de eliminação da SC. A certificação pode ser solicitada pelos gestores municipais ou estaduais, desde que cumpram os critérios pré-estabelecidos, como não ultrapassar a incidência de 0,5 casos de SC por 1.000 nascidos vivos no ano avaliado. Essa certificação reverbera a qualidade da assistência não só no pré-natal, parto e puerpério, mas também, no cuidado à criança (BRASIL, 2021).

4.2 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS ESTADOS BRASILEIROS PARA O COMBATE A SÍFILIS CONGÊNITA

Além das estratégias por parte do nível federativo, também foram identificadas ações de caráter estadual. Dos 26 estados e o Distrito Federal, 13 unidades federativas possuem planos de enfrentamento para a SC, sendo que, apenas oito desses documentos foram localizados na íntegra, sendo eles originados dos seguintes estados: Bahia (2017), Ceará (2018), Espírito Santo (2017), Minas Gerais (2021), Rio de Janeiro (2015), Rio Grande do Norte (2020), Santa Catarina (2016) e São Paulo (2010).

A criação dos planos estaduais surgiu após uma necessidade de resposta, partindo do âmbito da gestão pública, frente ao aumento expressivo das notificações dos casos de SC no decorrer dos anos, justificando um direcionamento descentralizado, com mais autonomia local e que atendesse as demandas epidemiológicas, singulares, de cada região. No que concerne à organização das ações, os planos são estruturados em cinco eixos de atuação, a saber: vigilância epidemiológica, assistência, educação em saúde, mobilização social e gestão, considerando a divisão de responsabilidades entre estados e municípios. Essas atividades, em sua maioria, estão fundamentadas em documentos voltados para a SC que foram elaborados, previamente, pelo MS. Percebe-se a inspiração no MS já no objetivo geral dos planos que é a redução do número de notificações de SC a até 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.

Em relação às atividades preconizadas, os planos apresentam algumas similaridades que são: a obrigatoriedade da notificação do caso para o SINAN, garantia da investigação dos casos notificados; utilização do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) para a realização do diagnóstico, uso obrigatório da penicilina benzatina no tratamento, garantia de acompanhamento da criança exposta a sífilis ou com diagnóstico da SC, em qualquer nível de atenção, capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, realização de cursos e eventos, incentivos aos profissionais para a educação continuada com os protocolos vigentes, produzir e divulgar campanhas, em espaços midiáticos, que sensibilizem a população sobre a SC, divulgação de boletins epidemiológicos e articulação das esferas estaduais e municipais para implementação das atividades contidas nos planos.

Alguns aspectos são importantes de serem ressaltados em relação aos documentos identificados: o plano do estado de São Paulo definiu a eliminação da SC como uma das linhas prioritárias de financiamento em projetos que estejam alinhados a essa causa. Já o plano de Minas Gerais, se comprometeu a treinar todos os profissionais de enfermagem da atenção

primária à saúde, referente à execução do teste rápido. Pensando na baixa participação das parcerias sexuais das gestantes nas consultas de pré-natal, os planos do Espírito Santo e Santa Catarina expressam o comprometimento em captar essas pessoas e estimular a participação durante o pré-natal.

Em 2017, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) divulgou o plano estadual para enfrentamento a SC, o qual foi intitulado de “Plano Estadual da Mãe Saudável”. A justificativa foi semelhante a dos demais: aumento de casos nos anos anteriores e o objetivo geral também aproxima-se dos planos apresentados por outros estados: redução da transmissão vertical da sífilis, intuindo eliminar a SC em todo o estado da Bahia. A estrutura das ações também é organizada nos cinco eixos de atuação já comentados anteriormente (BAHIA, 2017).

Todavia, o plano baiano faz um destaque especial para as atividades nas maternidades de todo o estado, sendo algumas: garantia de todos os testes para diagnóstico da sífilis em 100% das parturientes e em todos os recém-nascidos, bem como o referenciamento do binômio mãe-bêbe, diagnosticados na maternidade, realização do tratamento na atenção básica e a implementação de um protocolo para a investigação da transmissão vertical da sífilis. Para além disso, o plano baiano ainda apresenta uma certificação para os municípios que eliminarem a SC através da proposta “Município Sem Sífilis Congênita”. Entretanto, através do texto na íntegra não encontra-se evidente qual instrumento será utilizado para essa validação, nem quais critérios os municípios devem seguir para alcançar essa certificação.

Sobre a certificação apontada no plano do estado da Bahia, o Paraná implementou uma medida semelhante em 2019, intitulada de “Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita”. Para os municípios conquistarem a certificação, devem comprovar atividades de prevenção, qualificação e atenção ao pré-natal, tratamento das gestantes e profilaxia das crianças expostas. Mas, primordialmente, é desejável que o cenário da SC não ultrapasse a incidência de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos (PARANÁ, 2019). Já em 2021, o estado atingiu a marca de 210 municípios paranaenses certificados (PARANÁ, 2021).

Em 2018, a Sesab lançou a Nota Técnica nº 02/2018 que versa sobre as orientações para realização da notificação das ocorrências de SC, de acordo com os critérios definidos para a caracterização dos casos (SESAB, 2018). O documento reitera o que já foi deliberado em 2004 pelo MS sobre a notificação compulsória da SC e sedimenta, a nível estadual, como deve ser o fluxo de notificação até a informação ser repassada para o SINAN. Para além das ações no

campo político, o órgão concentrou, nos anos seguintes, as ações no âmbito da educação em saúde materno-infantil, promovendo atividades nas unidades da rede estadual com foco na capacitação técnica dos profissionais de saúde.

4.3 ATUAÇÃO MUNICIPAL PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA

Após ter realizado um mapeamento das iniciativas federais e estaduais, buscou-se inferir também sobre as estratégias adotadas pelos gestores dos municípios baianos para o combate a SC. Participaram deste estudo nove prepostos que ocupam cargos vinculados às coordenações da atenção básica e da vigilância epidemiológica dos municípios de Bom Jesus da Lapa, Ibicoara, Ibiassucê, Conceição do Coité, Morro do Chapéu, Vitória da Conquista, Alcobaça, Antônio Cardoso, Camaçari e Prado.

Explanando acerca das entrevistas realizadas, a série de questionamentos foi iniciada partindo da necessidade de inferir sobre a existência e o funcionamento do processo de notificação dos casos de SC. Sobre esse fluxo, todos os entrevistados declararam a sua realização, por parte dos profissionais dos seus respectivos municípios, conforme se expressam nas falas a seguir:

AA/M5/E1: UBS [...] aí assim [...] foi na maternidade, né? Fez e aí fez o VDRL: positivou! Maternidade notifica, vem pra VIEP, né? A gente notifica SINAN e já comunica, já [...] identifica qual é a UBS e já entra em contato com a equipe pra poder fazer o acompanhamento dessa criança porque já gera investigação [...] já tem realmente um processo que tem que ser feito de [...] de [...] de acompanhamento até a alta da criança, né? [...] Toda segunda-feira. Semanalmente que a gente envia.

BB/M1/E1: Ela vai para atenção básica, inicia seu pré-natal, no pré-natal é solicitado todos os exames. O enfermeiro ou médico detecta alteração, vamos falar de sífilis por que é o nosso objetivo. Detectou o VDRL positivo, sífilis positivo, automaticamente ela é notificada na própria unidade, lá mesmo ela já inicia o tratamento com a benzetacil e mandam, encaminham a notificação para aqui, para vigilância. O SINAN não é descentralizado, o SINAN [...] A gente só faz digitação no SINAN aqui na vigilância, então eles fazem a notificação no papel na equipe saúde da família e encaminha para vigilância, a vigilância notifica e aí a gente começa o monitoramento com a atenção básica: se curou, se não curou e a mesma coisa com fluxo na maternidade, a maternidade também pegou a gestante lá, deu positivo, a maternidade sempre entra em contato com a gente de imediato, principalmente, por causa de informar, né, uma sífilis congênita e aí já faz a notificação tanto da sífilis congênita, quanto da sífilis em gestante e aí já encaminha para gente para tá acompanhando esse caso, aí a gente faz encerramento em parceria com atenção básica.

NS/M1/E1: Os casos são notificados para a vigilância. [...] Aí a gente vai e lança no SINAN. É [...] Por exemplo: lança toda semana. É semanalmente porque quando entra [...] envia o lote, né? A gente digitou, aí tem que encaminhar o lote. A gente encaminha o lote toda segunda-feira.

BB/M2/E1: Todas as unidades de saúde do município, hoje estamos em sete unidades, inclusive o setor da retaguarda, eles fazem as notificações, né? Essas notificações são imediatas. Elas são transmitidas para o setor da vigilância, o coordenador da vigilância sanitária [...] Então, a gente leva um período, mais ou menos de 24 horas, para gente tá levando essa notificação até ele. [...] É mais a vigilância [...] que eles recebem também de outras localidades, de outro [...] que é notificado fora do município, aí ele tem essa notificação de retorno. Então tudo isso acaba ficando na mão do coordenador, né? E ele acaba intervindo nos casos, né, questionando as equipes sobre o tratamento e orientando também todo mundo quando a gente tem algum caso de notificação.

NS/M2/E1: Bom. Esse fluxo é semanal. Tanto hospital quanto [...] basicamente hospital porque é um hospital maternidade, né? Então a UPA não recebe gestantes, né? E [...] crianças recém-nascidas. Então, tanto hospital quanto às unidades de saúde é [...] eles entregam pra gente semanalmente as notificações, não só de sífilis. Todas as notificações.

AA/M4/E1: O fluxo de notificação aqui em Camaçari de DST/AIDS, sífilis é bem estabelecido. [...] Os casos de sífilis congênita, como esse agravo é diagnosticado na atenção terciária, ele.. os casos aqui domiciliados [...] aqui em Camaçari, eles são mais de 90% deles, ocorrem no Hospital Geral de Camaçari. Então lá, nós, junto da equipe de enfermagem, fazemos a notificação dos casos. [...] Os casos ocorrem lá, são assistidos lá, tratados lá, né? As crianças que são consideradas somente expostas, elas são notificadas também, mas tem um protocolo diferente [...] mas os casos de congênita [...] o bebezinho fica de 7 a 10 dias no hospital e a mãe acompanhando [...] eles são notificados lá.

AA/M1/E1: A notificação é realizada, né, pela maternidade onde a criança nasceu. Toda a rede é capacitada, a gente tem aqui maternidade municipal e tem rede conveniada também. Então, a criança ela nasceu e aí essa notificação ela é realizada pela própria maternidade onde essa criança veio ao mundo e aí a unidade preenche, uma vez que essa criança nasce preenchendo todos os critérios de definição de caso estabelecido pelo PCDT [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas] para suspensão de sífilis congênita, então a maternidade já realiza essa notificação. Para as crianças expostas, foi elaborada uma ficha pela área técnica da sífilis, pois as crianças expostas não devem ser lançadas no sistema de informação de agravos do Sinan até então. A notificação física que é preenchida pela unidade hospitalar é encaminhada para a vigilância epidemiológica do município, a mesma é lançada pelo digitador, a gente tem um setor, né, de CPS [Centro de Processamento de Dados], ele digita no SINAN [...] Lembrando que as notificações de pacientes não residentes a gente habilita o fluxo de retorno, então acaba que não contabiliza mesmo para Conquista, apesar de nascer aqui, é o município de ocorrência, né, mas essa notificação ao ser habilitada pelo fluxo de retorno vai para o município de residência dessa criança.

No que diz respeito ao envio das notificações para o SINAN, em um dos municípios em que o volume de notificações é mais expressivo, preconiza-se que estas sejam realizadas diariamente com a intenção de evitar que algum caso deixe de ser informado ao referido sistema. Pelas próprias colocações da entrevistada:

AA/M2/E1: Então, as notificações, né [...] Elas partem das unidades básicas de saúde. A partir daquele momento, onde o paciente é avaliado, ele é triado, onde se

diagnostica através dos exames. Nós temos teste rápido e aí existe a notificação que é feita e direcionada para o Departamento de Vigilância Epidemiológica do município. E aí a gente faz esse acompanhamento, essa busca ativa porque nós temos toda uma equipe para está realizando isso, desde os agentes [comunitários], desde os técnicos [de enfermagem] e onde é feito essa busca ativa para que a gente possa realmente ter os dados, as informações corretas para está informando nas notificações. [...] A gente digita, no caso, o Departamento da Vigilância Epidemiológica, a gente recebe todo dia, vamos supor uma notificação, na medida que a gente vai recebendo, vai informando ao SINAN. Não perder tempo. Porque muitas vezes se a gente for determinar uma vez por semana, talvez essa semana a gente já perdeu de informar para o sistema que existe aquele paciente, existe aquela unidade, existe todo [...] todo [...] Então, a gente prefere todos os dias está informando na medida que vai chegando, a gente já vai informando para o SINAN.

Um dos prepostos que participaram deste estudo pontua que, por não possuir instalações capazes de oferecer assistência ao parto das gestantes no próprio município, as notificações são realizadas por localidades do entorno, que acabam assumindo o papel de oferecer os cuidados demandados pelo momento do parto. Isso faz com que o município não atue, efetivamente, no fluxo de notificação e seja condicionado a acompanhar o cenário da doença através do fluxo de retorno, conforme explica o entrevistado:

AA/M3/E1: [...] Então, respondendo sua pergunta, aqui no município nós temos um fluxograma. Quando entrei [...] já existia esse fluxograma mas, na verdade, a gente só fez adequar a nossa realidade porque estava um pouco solto. Existia a notificação, sim, da sífilis congênita, mas pelo fato do município, ele não [...] conseguir fazer com que a gestante ela venha ter a luz aqui no município, ter o bebê aqui no município, porque o município não tem suporte para tal, essa gestante seria encaminhada para outras unidades, em outras cidades. Então, a partir daí a gente tem essa certa dificuldade, deste registro de sífilis congênita ficar no município, porque foge da nossa realidade, mas a gente trabalhou, conseguiu fazer com que o programa atendesse, de certa forma, e conseguisse conciliar [...] Então, assim, a gente tem um fluxograma, sim, a gente tem o sistema que a gente faz essa notificação desses casos, quando diagnosticada aqui no município, porque é um pouco mais difícil. Mas geralmente essas crianças são diagnosticadas com sífilis e são registradas no sistema, que é o SINAN, que é um sistema nacional, que todos os municípios têm, mas no município, a sífilis congênita, a gente quase não digita, porque é uma realidade de outros municípios que recebem essa gestante [...] Essa gestante acaba parindo lá e a partir daí é realizado, quando diagnosticado. [...] Essa criança, ao nascer, ela é feita todos os exames e é diagnosticado [...] tem o diagnóstico de sífilis congênita, é feito o registro em outras cidades. A partir desse registro, que é feito em outras cidades, aí a gente tem como conseguir essa informação desse bebê, se está ou não com sífilis congênita, que é através do sistema, né? Que é o chamado fluxo de retorno. Que é nesse fluxo de retorno, quando um município ao qual a gestante não é residente, registra esse caso, aí no fluxo de retorno eles colocam lá como paciente desse município, colocam o endereço e a gente tem como captar essa gestante por aqui.

Seguindo com os questionamentos sobre as notificações, indagou-se aos prepostos se é possível evidenciar alguma época do ano em que os casos ocorrem com mais frequência. Sobre essa questão, para os casos afirmativos, os entrevistados apontaram alguns motivos, como

atividades econômicas, épocas festivas e a prática do turismo, como responsáveis por essa variação no volume de notificações, conforme pode ser depreendido das falas abaixo:

AA/M5/E1: Final de ano. Final de ano e início de ano. Por ser um [...] é [...] assim [...] por ser uma cidade turística e por ser uma cidade também que [...] tem um grande número de pescadores e que vem pescadores de outras [...] outras localidades [...] Ceará [...] tem uma época aqui que tem muito cearense por conta da [...] da [...] da pesca da lagosta. Então assim, nesse período a gente percebe. É tanto que nesse período a gente faz as testagens nas colônias dos pescadores, né? A gente foca um [...] num aprendizado, numa [...] como é que fala? A gente foca um olhar, especial, pra essa [...] pra essa [...] pra esse público com orientação e testagem. [...] Carnaval porque vem gente de tudo que é lugar, né? E aí depois aparece os casos.

BB/M1/E1: [...] Aqui também por ser uma cidade de Romaria, então tem muitas visitas, talvez pode se dar um aumento. A gente já tentou fazer um estudo com isso, mas a gente não conseguiu [...] Se depois da Romaria a gente percebe se o número das DSTs aumentam no município, mas a gente não conseguiu [...] porque a gente acha que pode ter uma relação, mas as DSTs, de uma forma geral, elas são muito subnotificadas, então a gente não conseguiu ainda fazer isso, mas assim, na nossa prática, a gente percebe, mas não tem dados epidemiológico que comprove isso. [...] a gente faz um trabalho bem intenso nos prostíbulos aqui que acabam se montando nessa época. Aumentando. Então a gente vai para casa de mulheres, entrega bastante preservativos, estimulam elas a estarem usando sempre com isso e a gente percebe que quando a gente começou a fazer esse trabalho, começou a diminuir também as notificações [...] Mas a gente percebe que as DSTs, elas [profissionais do sexo] hoje têm consciência mais sobre isso, elas frequentam nosso centro de referência para pegar o preservativo constante, adoram receber as palestras das meninas [profissionais da saúde], abrem as portas [...] Já é um trabalho que a gente faz a mais de 15 anos, que a gente já identifica essas casas, principalmente [...] a gente faz todo ano. Mas, mais especificamente, no período de Romaria.

AA/M1/E1: A gente fez aqui uma série histórica e aí o que nos mostra é realmente uma maior incidência no meio do ano, né? Pega aí final de primeiro semestre, início de segundo semestre. É mais ou menos aí, de abril, maio até julho, agosto. Nossa série histórica mostra mais ou menos isso. Foi uma série histórica traçada de 2017 até 2022, no caso de 2022 até julho. [...] Então assim, mas a gente pode, talvez, né? Pensar [...] principalmente assim, a questão de aqui e acredito que [...] aqui no interior, né, muito comum a questão das festas juninas e nesse período, querendo ou não, a movimentação é muito grande, há uma troca muito grande entre pessoas, então a questão da relação sexual desprotegida talvez aumente demasiadamente. Então a gente também pode pensar um pouco nisso aí, nessa transição de período, né, de final do primeiro semestre com início do segundo semestre. Talvez possa ser uma das respostas também, né? Essa movimentação muito grande em relação à troca de parcerias, relação sexual desprotegida e a ocorrência da sífilis e aí se porventura essa pessoa vier engravidar e dentro de todos os fatores, dificuldades que a gente já colocou, talvez vir aí acarretar aí nessa consequência de ocorrência, né, de sífilis congênita.

NS/M2/E1: Bom. Aqui no município ele não tem nenhuma cultura assim de festa. Por exemplo, aqui não é forte o São João [...] nem é forte o Natal [...] períodos mais expressivos. Não é? A cidade não tem uma cultura de período festivo então eu não percebo nenhuma sazonalidade em relação a festas. Eu percebo sazonalidade em relação mesmo a atividade eólica. Isso sim. É tanto que em 2018 que foi o maior empreendimento eólico, que aconteceu em 2018, na época eu estava atuando no parque eólico, eu estava do outro lado da moeda, a gestão percebeu um aumento de 200% de casos. Então [...] e a gente continua percebendo isso a cada renovação do

parque. Em 2018 foi o boom, mas após isso a gente teve um outro aumento em 2020 e a gente percebe apenas essa associação, né, com o parque eólico, mas em período festivos não.

BB/M2/E1: Eu acredito que aqui no município esses casos acabam ficando distribuídos. A gente não tem aquele período de aumento de casos, né? A gente acaba tendo de maneira estável assim [...] Não, né [...] Durante o ano todo. [...] Eu vou refazer minha fala: a não ser quando a gente percebe nessa época do plantio que a gente fala que a gente tem essa população flutuante. Entende? A gente tende a achar que depois, né, desse período de colheita, a gente tem um pouquinho de aumento dos casos, mas acredito que eles se mantêm no mesmo nível, assim [...] no momento é bem pouco em relação a isso.

Ainda sobre a variação no quantitativo de notificações, outros entrevistados informaram perceber o aumento dos casos positivos de SC, em alguns períodos, mas atribuem o ocorrido a outros motivos, tais como os feriados prolongados, aspectos comportamentais e a flexibilização das estratégias de saúde, especialmente, no âmbito da atenção básica. Além desses fatores, a pandemia do SARS-COV-2 foi apontada como um dos motivos mais recentes para o aumento, geral, das notificações, como podemos perceber nas seguintes explicações:

NS/M1/E1: Não. Não tem muito essa questão. Agora a gente percebeu um aumento depois da pandemia, né? Depois da pandemia a gente [...] não só sífilis, mas assolou foi tudo. Então é uma frequência muito [...] A gente hoje tem uma frequência de um caso [...] praticamente um caso por semana. Três casos no mês [...] quatro casos no mês [...] [...] De sífilis em gestante e sífilis adquirida, né? Ah [...] cresceu muito.

AA/M4/E1: Não. Épocas do ano, tipo assim, verão, que a orla tem um fluxo maior, se a gente for pensar em termos disso. Não. Eu percebo, assim, é [...] que toda vez que a gente afrouxa um pouco as medidas sanitárias de controle, como foi o caso da pandemia, todos [...] e todos nós naquela época, que foi que a Terra parou [...], todos nós falamos que era extremamente necessário. A população não ia para a unidade, várias unidades de atenção básica viraram PA e médico atendia COVID até de madrugada. Eu mesmo acompanhava no controle, no remoto em casa, né? E não tinha como atuar alí na hipertensão, no diabetes, no pré-natal. Nesse momento, exatamente, a gente tá vendo assim, novamente [...] o mês de julho, por exemplo, foi um mês, assim, muito comum para a gente. A gente teve muitos casos, mas foi um reflexo, talvez [...] de junho. Junho foi um mês muito complicado para se trabalhar. Teve feriado longo, muita oportunidade perdida para se fazer teste rápido no último trimestre [...] Junho a gente teve muito. [...] Houve uma dificuldade na assistência. E isso vai repercutir depois. A gente, é assim [...] o que acontece no pré-natal repercute depois. Essa sazonalidade [...] não é bem uma sazonalidade. Essa questão de você ver o aumento da sífilis congênita, ela decorre a partir do momento em que se tem uma dificuldade na assistência. [...] E o interessante, é que assim [...] a própria população, ela já começa a se esquivar da assistência. Não é no dia do feriado [...] Junho a Bahia viveu São João, o mês inteiro, e aí o que é que acontece: as gestantes não vão fazer a testagem como estavam indo, não vão para o pré-natal e aí o que nós estamos vivenciando agora é reflexo da dificuldade de dois meses atrás. Entendeu? A sífilis congênita, ela reflete exatamente a qualidade da atenção básica. Embora, ela seja um reflexo da sífilis adquirida, mas ela depende da rede para conter, para evitar o desfecho.

Em associação às questões anteriores, fez-se oportuno realizar mais um questionamento sobre as notificações. Desse modo, perguntou-se aos entrevistados se eles evidenciam a

existência de localidades, pertencentes aos seus respectivos municípios, em que os casos de SC ocorrem com mais frequência. No que diz respeito a essa questão, foi possível perceber que a doença costuma apresentar-se em comunidades vulneráveis, que estão mais distantes dos serviços de saúde e que recebem um intenso fluxo de pessoas em determinadas épocas do ano para a prática de atividades econômicas, conforme exposto pelas colocações abaixo:

AA/M3/E1: Sim. Apesar de nós termos um quantitativo de notificações consideravelmente pouco [...] baixo, existem áreas, principalmente as áreas da zona rural, que é um pouco mais difícil. A gente sabe das dificuldades que tem de se chegar a essa população, por todo o processo que está inserido nele. A gente vê que o número de casos em zona rural, principalmente as mais distantes das unidades de saúde, até mesmo por questão de procura, pela questão de demanda de transporte dos pacientes para as unidades, tem se ocorrido mais casos nessas áreas. As áreas de zona urbana, a gente não tem visto muitos casos por causa até mesmo da proximidade com unidades de saúde, a procura [...] ela chega a ser mais cedo, então, dá para a gente, de certa forma, diagnosticar e dar uma atenção maior. Não que os demais não necessitem, claro todos necessitam. A saúde é integral para todos. Mas essa questão de transporte dos pacientes à unidade de saúde, fica um pouco mais distante Isso também dificulta muito.

NS/M1/E1: Óh! Na zona urbana [...] acontece mais nos bairros periféricos, né? E na zona [...] e aí é uma frequência na zona rural quando é tipo assim [...] não é uma zona rural grande. Quando é uma zona rural menor [...] menor, mais afastada, que tem localidades mais afastadas. Sabe? A gente percebe que é nessas situações.

NS/M2/E1: Sim. É um problema porque a gente associa esse fato [os casos de sífilis] à vulnerabilidade social. A gente percebe que as mulheres que eles [trabalhadores do parque eólico] se relacionam, são mulheres que tem uma renda baixa, que estão sob situação de vulnerabilidade social. É tanto que a gente percebe que ele [...] as mulheres estão concentradas em determinados bairros, em determinadas localidades. Normalmente é Alto da Chapada, Caixa d'água, Capelinha [...] que são bairros que a gente sabe que tem uma maior vulnerabilidade social. Então quando a gente percebe o aumento de casos, a gente percebe justamente o aumento de casos nessas localidades que são justamente onde eles [trabalhadores do parque eólico] se relacionam, né? Eles vão à procura de mulheres lá. Além disso, a gente associa a prostituição. Não é uma prostituição [...] eu digo que é uma prostituição não oficial, né? Não é uma prostituição de carteira assinada, né? É uma prostituição em troca de bebida [...] é uma prostituição em troca de festa [...] é uma prostituição em troca de chamar essas mulheres pra um churrasco [...] pra uma festinha privada [...] Então é isso que acontece quando a gente tá em alta do parque eólico.

BB/M2/E1: Sim. A gente tem algumas áreas que a gente considera mais críticas em relação à sífilis, né, que é justamente essas áreas que a gente tem hoje que são a população flutuante. Então, a gente recebe trabalhadores, a gente tem empresas grandes, vem uma população de fora pra tá aí, então a gente tem essas duas áreas mais críticas que a gente tem em relação à sífilis. Geralmente a gente trabalha com a Rede Cegonha, então a gente recebe as notificações, casos, né, de sífilis e aí a maioria são dessas áreas de abrangência, né, que tem essa população não tão fixa.

Considerando que a SC permanece como um problema para a saúde pública, nos três níveis de governo, perguntou-se aos entrevistados sobre as medidas de quais programas o

cenário da doença é conduzido nos municípios. Sobre essa questão, os prepostos afirmaram que atuam em aderência ao preconizado pelos documentos estaduais e federais. Indo além na pergunta, também indagou-se quais as opiniões eles possuem no que diz respeito às medidas preconizadas pelas esferas mencionadas.

Sobre isso, todos os prepostos informaram considerar que as estratégias são suficientes, enfatizando a completude das ações elencadas nos documentos, e que não fariam modificações nos protocolos já estabelecidos. Entretanto, os entrevistados discorreram sobre a existência de muitos obstáculos para o cumprimento dos itens preconizados e explicaram que tais fatores impedem a redução dos casos de SC. Para melhor exposição, todas as falas foram organizadas conforme a dificuldade apontada, como podemos visualizar a seguir:

i) Impeditivos para a realização do diagnóstico e tratamento em tempo hábil:

AA/M4/E1: O programa [...] o que o Ministério tem em termos de normatização é de bom tamanho. É excelente! Agora nem tudo o que está lá a gente conseguiu contar. Agora o que nós temos aqui de avanço, eu digo, por Camaçari, é essa Câmara Técnica. Seria muito pior se nós não tivéssemos essa câmara técnica de enfrentamento. Nós vamos ter reunião, até [...] para semana, né? E a gente já está atualizando todo o material, porque é muito [...] é muito [...] as epidemias sofrem uma metamorfose muito grande no decorrer do tempo. Então, assim, para mim, como expertise da área, o que o Ministério da Saúde recomenda já é... já é [...] ou seria suficiente. Pelo contrário, nós temos dificuldade, no momento até aqui [...] até de executar tudo o que está ali. [...] A primeira dificuldade que ainda constitui um gargalo importante é a dificuldade diagnóstica. Sobretudo. Sobretudo no último trimestre. [...] Mas a gente tá observando assim que nossa maior dificuldade, no momento, é a coleta do papel filtro e a testagem rápida do último trimestre. Porque a gestante, ela [...] mesmo que ela seja negativa, ela continua exposta. Até porque, a maior parte das pessoas que usam preservativo, é a preocupação também com a gravidez. Então, ela pensa: “Ah já que não tem mais preocupação com a gravidez, vamos relaxar!”. E o que é que a gente vê? Isso é mais frequente em uma gestante negativa no primeiro trimestre, que se infecta no decorrer da gravidez e no último trimestre, a testagem não foi feita. Aí ela só tem diagnóstico quando vai parir.

AA/M5/E1: Deixa eu ver outra coisa aqui [...] Ah! Na adesão da terapêutica que às vezes a [...] a [...] o paciente é [...] por conta, né, da terapêutica que aí vai e como tem que ir de novo tem essa dificuldade. [...] Assim, dificuldade tem, mas talvez eu num [...] a gente não sabe identificar qual seja essa dificuldade. [...] Tem casos também que a mãe não quer. Nem ela e nem a criança não faz, mas aí assim, a gente explica todo o [...] né? O quê que, se não fazer o tratamento, qual é o quê que vai trazer para a criança, pra ela [...] e tudo, mas tem mãe que decide que não vai fazer e [...] mas também a gente chega e também fala que sabe que é um incapaz e a gente fala que a gente pode acionar [...] a gente dá um pouquinho de medo. Também pode acionar o conselho tutelar, a gente fala. Aí algumas a gente ainda consegue, né? [...] Tem dificuldade também no resultado de exame, né? De VDRL que às vezes chega, né, num [...] num momento tardio também, né? [...] Tem casos que já chegou, já ficou já pra é [...] 60 dias [...] pra poder [...] 30 [...] 45 dias [...] Então isso aí tudo dificulta, né?

AA/M1/E1: Então, na verdade, eu acho que assim, a grande dificuldade, a grande ou talvez a maior dificuldade assim, essa dificuldade mais expressiva, mais relevante é

realmente a questão do início tardio do pré-natal, da primeira consulta de pré-natal. Então, uma vez que esse pré-natal se inicia tardiamente a gente já perde a chance de fazer esse tratamento oportuno nessa gestante, né, então talvez essa seja uma das nossas maiores dificuldades.

BB/M2/E1: As gestantes que não são acompanhadas no pré-natal pelo serviço público, por opção própria, a gente tem umas localidades aqui que a gente identifica que algumas gestantes, elas fazem acompanhamento com parteiras, né? Ou com algumas pessoas e elas não procuram a unidade. Elas não procuram setor da saúde para serem acompanhadas ou fazem o acompanhamento na rede privada e não é referenciada para unidade. Então a gente não consegue acompanhar com eficácia essas gestantes. [...] o tempo de retorno do laboratório, como eu disse, a gente tem o teste rápido, a gente consegue pegar aquela gestante no momento. Só que ainda trabalha com laboratório e com a triagem pré-natal, então às vezes esse tempo de resposta, acho que poderia ser um pouquinho mais rápido, né?

ii) Falta de capacitação, sobrecarga de trabalho, conflitos e déficit no quantitativo dos profissionais da saúde:

NS/M1/E1: Então, o programa [...] os programas são excelentes, né? A gente faz a [...] a busca [...] a gente participa, interage, traz a [...] o problema pra perto da gente. Porém, o que eu percebo é que às vezes os profissionais eles não são capacitados adequadamente pra seguir aquilo. Então acaba que é uma falha isso aí. Muitas vezes o que poderia ser captado, né? antes [...] deixa escapar por causa disso. Mas, tirando isso, os programas são excelentes. E funcionam se os profissionais forem bem capacitados. [...] Rapaz [...] Óh! é porque assim [...] aqui é uma unidade [...] . aqui é uma localidade que tem 25 unidades de saúde, né? Só que algumas delas são satélite. Então o enfermeiro só vai uma vez na semana [...] duas vezes na semana [...] então acaba que tem um déficit grande. Porém, se o enfermeiro trabalhar a semana toda naquela localidade, fica com o tempo ocioso porque não tem tanta demanda, sabe?

AA/M5/E1: Eu [...] assim, eu sinto dificuldade sim. Nós aqui sentimos dificuldade, mas eu acho que a falha assim [...] vai na identificação, né? Talvez assim [...] acho que seja dos colegas. Eu não sei. Talvez seja dos colegas. Não sei por conta da demanda também, que às vezes a demanda de outros, né? De outros programas que seja e aí às vezes a gente acaba que fica desperce [...] passa despercebido mesmo por conta das demandas que são grandes. Aí eu sinto sim. É [...] tem falha por conta disso, né?

AA/M3/E1: [...] e a gente sabe que a equipe de saúde da unidade [...] a equipe da unidade de saúde da família, ela é uma equipe sobrecarregada, principalmente a equipe de enfermagem, no geral, é uma equipe muito sobrecarregada e muitas vezes não tem como dar o suporte que a população [...] principalmente da zona rural, precisa [...].

BB/M1/E1: Atenção básica ela trabalha com RH muito reduzido porque são muitas as ações dentro da atenção primária, como [...] É a questão de campanhas de vacinação, é dentro da unidade. Tudo que você vai fazer, é dentro da unidade e acaba sobrecarregando demais os profissionais, o enfermeiro da unidade e ele acaba não dando conta de fazer essas outras ações. [...] Embora [...] a gente também tem um déficit na notificação de dados não preenchidos de forma correta. A gente precisa chamar atenção disso. Então assim, a gente não sabe escolaridade. A gente sabe pelo bairro, então a gente vai pelo bairro, mas muitas vezes eles esquecem de preencher a escolaridade, a cor, que pode estar ligada também a isso [...]. Então assim, a gente tem um problema ainda grande da questão das pessoas preencherem a notificação de forma correta. Não só de forma correta, mas eu falo assim [...] de forma responsável, com todos os dados, para que eles possam entender que quando a gente notifica é porque a gente quer analisar todas aquelas variáveis. Então tem algumas que a gente não consegue trabalhar por uma incompletude mesmo das notificações. Não só de

sífilis, mas eu falo de uma maneira geral de dados. O cabeçalho, eles [os profissionais que realizam o preenchimento da ficha de notificação no respectivo município] não colocam, não colocam cor, não colocam escolaridade e aí a gente vai pela vulnerabilidade do bairro, e aí como a gente já conhece. Como é um município menor e como os casos de sífilis a gente faz a investigação, né, então aí a gente consegue buscar maior [...] saber quem é e aí, sim, a gente fica sabendo, mas a gente acaba não tendo todos os dados que a gente gostaria na notificação.

AA/M1/E1: [...] ainda a gente tem uma área, considerável, descoberta da estratégia de saúde da família mesmo e isso acaba que dificulta a captação precoce, né, digamos, dessas gestantes, para que a gente possa estar intervindo e fazer com que a consequência, ela não seja positiva. Que é o que? O agravo. Ele esteja de fato evitável, que a sífilis congênita é um agravo 100% evitado. Então esse é um dos problemas, né? Uma das dificuldades.

AA/M2/E1: Eu falo como enfermeira, assim [...] porque a gente vive numa sobrecarga enorme e eu vejo que meus colegas que estão aqui, se eles tivessem [...] Porque, por exemplo, a gente pega uma unidade de saúde, que é só um enfermeiro para resolver tudo, desde um médico que falta, desde um dentista que não está, então, assim, é uma sobrecarga enorme que ele não consegue, às vezes [...] ele não dá conta de tudo. Então, deixa a desejar determinadas situações, por exemplo, como essas vezes [...] se tipo, a sobrecarga que está demais, eles deixam a desejar aquele serviço que ele poderia tá dando uma atenção mais aquela gestante que tá naquela situação. Ele poderia tá visitando mais, ele poderia tá indo com o médico, com a equipe, então, assim, o que falta é isso. Porque a gente vive numa sobrecarga e não tem como tá alí direto [...] de tá ajudando e colaborando melhor. Eu acredito que a gente pode tá melhorando se a gente tivesse mais um colega, se a gente tivesse mais um profissional, se pudesse somar. Mas, infelizmente, a gente sabe que nossa classe é uma classe que vem aí lutando, tentando lutar por suas conquistas, mas é muito sobrecarregado, então, a gente não dá conta das coisas.[...] Aqui no nosso município a gente tem um problema que é [...] os concursados e os contratados. Vou falar da nossa área, enfermagem, que eu tenho mais autonomia de falar. Eu percebo a dificuldade que um enfermeiro tem de impor para aquele profissional que é concursado, sendo que ele tem mais facilidade de impor para aquele profissional que é contratado, que mostra mais parceria, que ajuda, busca, corre atrás, eu percebo essa [...] como um dos fatores que tem dificultado, porque quando você tem uma equipe por completo, independente se é concursado ou não, todo mundo faz, todo mundo arregança as mangas, todo mundo corre atrás, busca aquele paciente. ‘Fulana, porque você não foi? Era seu dia de tomar medicação, porque você não foi?’. Enquanto outros realmente, às vezes, descansam. Então, essa é realmente uma preocupação muito grande.

iii) Falha nas atividades de educação em saúde para a população:

AA/M2/E1: Olha, eu estou recente no setor. Não tenho acompanhado há 10 anos atrás. Tenho um ano e pouco. Mas o que eu às vezes observo e a gente já chegou para conversar algumas vezes, é a questão da informação. Falta muita informação. A gente se depara com gestante, por exemplo, que não quer terminar o tratamento. Se você não for buscar, se você não ficar em cima, às vezes o acesso é difícil, então tudo isso, eu tenho percebido, que tem dificultado. Ou o tratamento ou algo do tipo, ou a busca, a informação, a própria família, o próprio companheiro, ou quem esteja em volta. Então, a gente tem conversado muito sobre isso para ver uma forma de está conscientizando mais a população [...] Buscando em conjunto com os agentes de saúde para a gente está martelando mesmo sobre as informações porque eu percebo que falta informação.

AA/M3/E1: Na verdade, é [...] as medidas que hoje a gente tem preconizadas pelo Ministério [da Saúde], pelo estado [Sesab], que a gente tenta atender aqui no

município da melhor forma [...] para a gente aqui está sendo eficaz. Lógico que a gente precisa melhorar um pouco sobre a questão da chegada, do acolhimento da população na unidade. [...] E, na verdade, existe [...] como é que eu posso dizer [...] a educação em saúde que ela é muito importante, né? E que às vezes é falha no município. Aqui, educação em saúde é pouco abordada para a população. Então, assim, a gente não tem educação em saúde eficaz que possa tá orientando a população quanto a prevenção de doenças, quanto ao tratamento, a importância desse tratamento, desse diagnóstico quando precocemente identificado. Então, assim, eu acredito que a gente poderia aqui no município, de acordo com a minha realidade, é empenhar mais nessa questão da educação permanente, onde a equipe, essa equipe [...] equipe itinerante, ela também vai ter esse papel que é muito importante para a gente. Então, assim, a educação permanente aqui, a gente ver que tem muitas pessoas que são leigas, não entende muito de saúde, então, não sabe muito dessa questão de prevenções de doença, então [...] aqui no município seria muito importante a gente abordar esse fato aí.

iv) A não adesão das parcerias das gestantes ao tratamento:

NS/M2/E1: Porém, uma dificuldade que a gente não conseguiu superar e eu não sei como é que a gente vai superar isso, é conseguir tratar o parceiro, né? E essa mulher, ela não se reinfectar ainda na gestação. É uma dificuldade assim que eu vejo [...] eu já tenho nove anos de formação, nove anos de formação passando entre unidade e gestão, né? fluindo aí entre a unidade e a gestão e é uma dificuldade é [...] centenária que a gente não consegue superar é tratar o parceiro e conseguir que essa mulher se mantenha sem a infecção durante a gestação.

BB/M1/E1: [...] a gente tem dificuldade, sim. Nós temos dificuldade na questão da sífilis. Embora a gente trata, faz a dose no pré-natal, mas nem sempre a gente consegue adesão ao parceiro e para sífilis a gente precisa tratar o parceiro também. [...] Muitas delas [das gestantes] não conseguem levar o parceiro na unidade para fazer o tratamento, então muitas vezes elas tratam e acabam se infectando [...].

AA/M5/E1: Eu acho que a maior dificuldade é o parceiro. Porque assim, o pa [...] é [...] eu já trabalhei na maternidade. Então assim, quando a gente descobria que a gente falava e que a gente conversava com o parceiro, a gente via a [...] a [...] como é que [...] a dificuldade que era. Ele não queria. Ele não. Alguns aceitavam, mas outros: “Ah! Eu não tenho nada. Não manifestou nada.” E aí [...] e realmente assim, a gente vê que é às vezes a mãe faz o tratamento, a criança, mas o parceiro [...] ele não aceita, de forma alguma fazer. [...] Mas [...] é [...] do parceiro é o que a gente mais tem dificuldade porque eles não aceitam de forma alguma. [...] A maior dificuldade que consegue persistir ainda né [...] um [...] um [...] número grande de sífilis congênita é por conta mesmo do parceiro que eles não aceitam, né? Eles põem a culpa só para a mãe, né? Só para a mãe e ele fica vulnerável, né?

AA/M1/E1: Ademais é a própria questão da sensibilização mesmo, né, dessa gestante e de suas parcerias sexuais em está aderindo, adequadamente, ao tratamento como um todo. Mas as nossas equipes vêm lutando diariamente. Graças a Deus a gente já conseguiu fazer um trabalho bem intenso aqui no município de sensibilização e articulação das nossas equipes de saúde como um todo, né? Então [...] mas a questão da própria pessoa, né, ela aderir o tratamento e reconhecer a importância deste tratamento adequado [...]

AA/M4/E1: Agora uma dificuldade, uma grande dificuldade, que é um grande desafio para o município, a gente tem discutido isso e [...] ainda ontem conversei com coordenações, né? E subcoordenações. É atenção à saúde do homem. A gente tem dificuldade [...] nós não estamos criando a roda [...] lá nos Cadernos de Atenção Básica, existe um espaço para anotar o pré-natal da parceria, hoje nós não falamos em parceiro porque essa gestante grávida pode ser um homem e o parceiro ser uma mulher, a gente tá vivendo aí a questão da identidade de gênero. Mas assim, geralmente, o pré-natal da parceria não é realizado. Ou pelo menos a caderneta não tá

preenchida e, assim, a mulher foi negativa, mas está exposta a parceria infectada já e que pode infectá-la. Outro vazio desassistido é a própria assistência à parceria que está infectada. Até a gestante, quando está infectada, nem sempre, é [...] algumas vezes [...] a parceria não é assistida. A gente entende as dificuldades, às vezes ela não está mais com esse parceiro. Às vezes o parceiro já faleceu, mas muitas vezes esse parceiro existe e pode ser, até, que ele esteja acompanhando essas consultas de pré-natal e ele não é abordado. Isso ainda constitui [...] a assistência à parceria da gestante ainda constitui um desafio grande. [...] Esse é um grande desafio para Camaçari, no meu ponto de vista.

BB/M2/E1: As unidades sempre relatam essa dificuldade de contactar o parceiro. Então assim, às vezes, a gente tem uma gestante, as meninas [enfermeiras] orientam, fazem o tratamento, mas o parceiro [...] ele não vem até a unidade. Ele não quer saber, né? Ainda tem aquela mistificação da doença, como se “eu sou o culpado”, né? Aquele setor de culpa, né? Então isso acaba afastando o parceiro. Acho que para a mulher, por ela já ser uma paciente assídua da unidade [...] A maior parte da demanda da unidade são de mulheres, ela já tem uma informação, né, elas conseguem entender melhor o tratamento, a doença. O homem, eu acredito que, a gente negligência em todos os setores, né? Acho que o homem é um pouquinho afastado da saúde, então ele tem esse preconceito de tá vindo até a unidade. Eles acabam sendo um pouquinho mais excluídos desses atendimentos, mas é feita a busca ativa. As meninas [enfermeiras e agentes comunitárias de saúde] vão até a casa, procuram, né, conversam e a gente consegue, na maioria das vezes, fazer o tratamento e quando não consigo contactar o parceiro, a gente orienta, né, sobre o uso do preservativo, né, para evitar ter a relação sexual sem preservativo porque ela pode ter uma reinfecção. Então elas são orientadas nesse sentido.

v) Questões Sociais:

AA/M4/E1: [...] Existe essa dificuldade mais frequente do que a violência [...] A [...] A [...] A violência assim, a mulher. Eu escuto muito frequentemente “Ele já faleceu. Foi bala”. Eu tenho ouvido com uma certa frequência, agora, o seguinte: “Doutor, ele está com a preventiva decretada e ele não quer vir para o hospital e nem unidade”. Inclusive, algumas unidades já estão com câmeras da Secretaria de Segurança Pública com o reconhecimento facial. Eu ouço isso também: “Eu não o vi mais. Tem oito meses sem relação”.

BB/M1/E1: Chegou para a gente também a questão das drogas, o número de tráfico aqui também tá grande, então a gente tem, sim, uma área de vulnerabilidade grande e que para esse público agora, sim, a gente tem as equipes saúde da família que são mais específicas que a gente sabe que não consegue abordar para esse tipo de tratamento e que a gente observa que são esses que acabam na maternidade também positivando e fazendo tratamento lá.[...] infelizmente a gente percebe que o nosso aumento de sífilis no município está muito ligado às áreas de alta vulnerabilidade social. A gente percebe que aqueles bairros que têm mais tráfico, maior pobreza do município, infelizmente ainda é onde está o maior número de sífilis, não que na classe mais rica, não tenha, não é isso, mas a gente percebe, pelo menos nos nossos indicadores aqui, que está muito ligado a condição social. [...] Em algumas situações a gente consegue até tratar o parceiro, mas a gente observa que nas áreas de alta vulnerabilidade, onde tem os maiores números de álcool e drogas, onde tem, o que a gente chama, os maiores níveis de boca até os agentes de saúde tem um receio maior que a gente consiga fazer essa abordagem com parceiro.

vi) Dimensão territorial:

AA/M1/E1: [...] No entanto, quando a gente pensa também em questões diversas, né, e que principalmente possam afetar o deslocamento dessas equipes da zona rural, como questões climáticas mesmo, questões de logística e transporte, é um problema que se tem e às vezes a equipe deixa de estar naquela localidade que só estava prevista uma vez naquele mês de acordo agenda, né? São territórios muito abrangentes, muito grandes, então de repente aí passa aquele mês não tem aquela assistência, joga para o outro e aí já também fica suscetível a outro possível problema [...].

AA/M3/E1: Olha, em questão do transporte. Eu [...] eu [...] vou direcionar somente mais a questão da procura da [...] da dificuldade do paciente a chegar na unidade. Só para você ter ideia, aqui, o transporte é muito caro e a gente não tem transportes coletivos para as zonas rurais. Então, o pessoal paga caro mesmo, o pessoal cobra caro para transportar a paciente de um local para a unidade de saúde. Tem gente que paga 50, 100 reais para fazer esse transporte [...] Se for para levar e trazer é 100 reais.

NS/M1/E1: Existem. Muita! Eu já falei, né? É [...] a captura da gestante nesse momento, no momento inicial que tá com a sífilis pra evitar essa infecção nas crianças. Então [...] a falha que a gente tem é essa. Como eu falei, né? O público que [...] a gestante. A localidade que são [...] que tem mais casos assim é mais afastado. Então [...] é mais periférico e aí a gente não tem uma boa adesão.

BB/M1/E1: [...] tem, sim, porque tem aquelas áreas que são descobertas de PSF [Programa Saúde da Família] que às vezes quando chega final do ano chove muito, dificulta para elas [gestantes] virem para a sede para fazer o pré-natal e, muitas vezes, elas ficam dois, três meses porque alaga a zona rural, as estradas dificultam e elas diminuem o acesso. Sim. Aí depois me fez refletir. As que ficam no PSF, não, mas tem aquelas das áreas descobertas que acaba dificultando sim. Não é um grande número, mas nós temos.

BB/M2/E1: A gente tem umas dificuldades, né, que em relação ao nosso tamanho geográfico. A gente tem um município muito grande. A gente realmente tem uma ampliação desse atendimento [...] tão difícil. Dificuldade de acesso também é um problema que a gente identifica dentro do município.

vii) População flutuante:

AA/M1/E1: [...] E para além disso, a gente também tem uma população muito flutuante em Vitória da Conquista e isso às vezes nos impede de fazer o adequado e efetivo rastreio dessas pacientes ou destes pacientes e [...] então, em algum momento isso pode estar se perdendo e [...] então, implicando nessa incidência mesmo um pouco elevada.

BB/M2/E1: Gestantes advindas de outros municípios, né, que devido ao trabalho temporário ou permanente até, elas acabam vindo para o município sem o histórico do acompanhamento pré-natal. Então a gente tem essa dificuldade, muitas vezes, no final da gestação e conseguir acompanhar essas gestantes.

viii) Déficit de recursos:

BB/M1/E1: [...] agora, claro, a gente tem uma outra política [...] que é a falta de recurso, de estímulos para essas doenças negligenciadas. Então, a vigilância ela não tem recursos extras para você tá trabalhando. A gente depende muito do recurso da atenção primária. Nós temos recurso muito pequeno do DST, mas quando a gente vai ver, só a questão de AIDS no município, acaba gastando demais [...] para você bancar um profissional médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social [...] tudo é custeado por conta própria do município. Então não tem um recurso vinculado para isso. A vigilância, muitos anos atrás, recebia recursos para trabalhar, palestras educativas, material educativo [...] hoje a gente não tem. Hoje a gente só recebe o preservativo. Então a gente ver que falta, sim, recursos para trabalhar. Então você

precisa ter uma gestão que aceite trabalhar com a vigilância, mesmo a vigilância sem dinheiro [...] que a vigilância [...] a gente fala que a vigilância é a prima pobre da saúde. Nós não temos dinheiro para nada. São doenças negligenciadas que não dá tanto Ibope. Só quando [...] no caso do COVID que estouram, aí lembram da gente, no caso de uma dengue quando estouram, aí lembram da vigilância, mas são doenças que [...] Então essas doenças nossas da vigilância, vai ficando muito negligenciadas mesmo, sem recursos. Às vezes a gente tem que depender da gestão municipal de enxergar isso, que graças a Deus aqui a gente tem até isso. Eu não posso dizer que [...] Todas as campanhas, a prefeitura sempre acaba investindo e fazendo, o secretário também, mas a gente sabe que alguns municípios têm essa dificuldade, sim, para desenvolver campanha na vigilância justamente por conta de recursos. Agora, é claro, falta RH, falta. Acho que em todos os municípios faltam RH. A atenção primária hoje, ela trabalha com mínimo dentro da equipe saúde da família e, o mínimo hoje, não dá mais conta para demanda e para resolutividade toda que se quer dentro da atenção primária à saúde. Então, o RH é muito pequeno, muito pequeno para pouco recurso.

ix) Mudança de gestão e rotatividade dos cargos públicos:

NS/M2/E1: [...] Eu participei da gestão antiga e estou numa gestão nova. É um grupo político totalmente diferente e a dificuldade que a gente vê é em relação a estruturação da equipe. Quando muda a gestão, muda toda a equipe. Então muda médico, muda enfermeiro, muda técnico de enfermagem e quando muda a equipe, mesmo que os agentes de saúde eles continuem na comunidade, quando muda a equipe a gente sente muita dificuldade porque nem sempre a equipe, nem sempre o profissional tá preparado pra captar o paciente. Nem sempre ele tá preparado pra poder tratar o paciente e nem sempre ele consegue ter as condutas adequadas. Então às vezes é um profissional recém [...] recém-formado e esquece de tratar o parceiro. Essa semana, é [...] pra você vê, a gente já tem aí quase dois anos de gestão, essa semana tá percebendo dificuldade em relação a notificação. Médicos que atendem pacientes com sífilis, sífilis diagnosticado, detectado no teste e não fez a notificação. Médicos. Então a dificuldade que a gente vê na troca de gestão é isso. É trocar a equipe de saúde e essa equipe de saúde nova que vem, ela não está capacitada e também porque demora um tempo, né? Demora um tempo pra você é [...] completar a equipe. Às vezes na troca de gestão a gente passa dois, três meses sem médico e enfermeiro numa unidade de saúde. Então essa é a dificuldade.

AA/M4/E1: [...] Agora, essa dificuldade ela pode existir, por exemplo, independente de ser época de eleição. Quando você tem [...] concurso e troca de pessoal. Então, nós tivemos esse ano, aquisição aqui no município de vários profissionais novos recém-contratados. Então, a gente tá de olho nisso. A câmara existe para isso. Para garantir que essas novas pessoas, o que é uma coisa boa para o município, aquisição de novos profissionais, elas sejam capacitadas. Então, assim, tudo é possível.

AA/M5/E1: [...] Foi o que a gente tava falando aqui mais cedo. Vai mudar a gestão e a gente não sabe quem vai [...] se vai permanecer [...] mesmo que permaneça. Mas assim, se vai permanecer, se vai trocar, mas mesmo que permaneça, assim [...] com certeza vai ter mudanças e não sabe o que vai acontecer, né? Se vai ter [...] se vai faltar [...] nesse período [...] se continuar [...] mas se trocar [...] mas sempre tem mudança, né? Sempre tem. Surge as dificuldades. A gente aqui da ponta principalmente, né? A gente não sabe.

AA/M1/E1: Sim. Sim em partes [...] Aí eu vou falar mais assim do ente estadual. Por exemplo, às vezes a gente enfrenta algumas dificuldades, não no manejo em si do agravo, mas em conseguir implementações na política pública de saúde voltada para o agravo. Estamos falando de sífilis congênita, né? E assim [...] Quando [...] Infelizmente, às vezes ocorre que a parte política, quando a gente fala, talvez, partidária, às vezes interfere um pouco, né? Alguns municípios que são contrários

partidariamente ou ideologicamente falando, às vezes passa por alguns apertos, infelizmente. Isso a gente não tá falando aqui fazendo juízo de valor a partido A ou governador B, enfim [...] Mas é uma realidade que a gente vê no nosso país como um todo, né? Não é só na Bahia. [...] a rotatividade, né, dentro de nossas equipes, ela é mínima. Primeiro porque a gente tem um quadro significativo de efetivos, né? Concursados. Mas, para além disso, as equipes técnicas e de gestão, a grande maioria não são concursados e essa rotatividade de profissional aqui ela não acontece com tanta frequência. Então isso faz com que a gente possa garantir a continuidade das nossas ideias, das nossas estratégias, dos nossos processos de trabalho [...].

Tendo em consideração o fato de existirem muitos desafios para o manejo da SC, os entrevistados foram questionados sobre quais as sugestões fariam para a redução dos casos da doença. Nessa perspectiva, foram indicadas medidas pautadas na realização de atividades educativas para a sensibilização das comunidades e, especialmente, a capacitação dos profissionais de saúde, como pode ser depreendido das seguintes falas:

AA/M5/E1: Então [...] é [...] implan [...] atualizar. Primeiro seria atualização e implantação de protocolos e diretrizes [municipais] da sífilis congênita. Eu até botei aqui algumas coisinhas. Acompanhar [...] acompanhar, no caso, de já [...] de já [...] confirmado, acompanhar o RN com suspeita de infecção, caso né [...] ele [...] . vai ser positivo até a negat [...] dos títulos, né? Até a titulação. Controlar a transmissão vertical, é [...] a capacitação precoce da gestante para o início do pré-natal e a realização de, no mínimo, seis consultas com a atenção, com [...] com a atenção integral e também é [...] implantar também. É [...] implantar não. Fazer a testagem nessas mulheres que pretendem, o VDRL no caso, que pretendem engravidar. A gente também já fazer essa prevenção e tanto parceiros como elas. Convidar assim pra que seja realizado.

NS/M1/E1: Capacitação. Nesse momento a capacitação é o ideal porque ela vai ajudar, né? Contribuir para que os profissionais cresçam e que entendam aquela situação fazendo com que evite, né?

AA/M3/E1: [...] Eu já tentei até conversar com os gestores daqui para tentar montar uma equipe de saúde itinerante para tentar deixar essa equipe livre, principalmente, para fazer esses tipos de trabalho [atuar em comunidades distantes dos postos de saúde]. Mas aí ficou de se pensar e até o momento não tem nada resolvido porque é uma série de demandas que a gente sabe que município pequeno [...] ele é um pouco mais complicado. Os recursos não são tão grandes quanto a gente imagina, mas já foi plantada a semente. A gente está aguardando somente a secretária, né, a prefeita bater o martelo para a gente já iniciar com essa equipe que vai melhorar muito porque a equipe itinerante, ela não vai ficar presa somente a diagnóstico de sífilis, né, de testes rápidos, HIV, Hepatite B, ela vai tá para atender, de certa forma, toda [...] o problema que uma população apresente referente a saúde, mas a gente ainda não tem nada certo. Mas já foi plantada a semente, já foi levado isso para os gestores e eles estão analisando a situação para saber se é viável para eles ou não, atender a nossa demanda. Espero que dê certo. [...] Então, uma equipe itinerante, né, a gente tem o médico, tem o enfermeiro, tem o técnico para realizar coleta quando necessário, tem a questão laboratorial para tá indo nessas unidades, para tá fazendo essas consultas itinerantes, para tá atendendo a população da sua melhor forma [...] tentar minimizar esse sofrimento e essa precariedade que às vezes a gente encontra referente ao descaso também com a saúde referente a algumas doenças.

AA/M4/E1: Eu acredito que já respondi, já foi propositivo. Mas vamos ver lá, só pontuando: integrar a testagem rápida na atenção às ISTs em todos os programas de saúde do adulto, porque a gente tá vendo que essas populações estão saturadas. Não só isso, têm algumas populações também em contexto de vulnerabilidade, a exemplo dos quilombolas, população negra [...] aqui em Camaçari nós temos séquitos de prostituição, a noite, no centro da cidade, e pelo que eu vejo, é preciso ter um programa sanitário porque essas populações em contexto de vulnerabilidade, às vezes as profissionais do sexo, terminam entrando em contato com a população em geral e essas populações estão saturadas de DSTs. Aqui no próprio [...] [fazendo referência ao local de trabalho] tem uma colega, que ela capitaneia um trabalho interessante, que eles trabalham com população de rua. Então a gente precisa tá testando e tratando o tempo inteiro. [...] Capacitar os profissionais é outro ponto. Capacitar os profissionais. Garantir a testagem nas gestantes no último trimestre e o pré-natal da parceria e a assistência às parcerias infectadas. E monitoramento o tempo todo. A gente não descansa [...].

AA/M2/E1: Eu sei que essa falta de profissional também ajuda bastante [para os casos de Sífilis Congênita], talvez se tivesse, em cada unidade, um profissional específico para aquilo, igual a vigilância epidemiológica, ela monitora, notifica determinados tipos de doença. Então, você sabe que só tem aquelas ali para monitorar. No PSF, não. Você monitora tudo que aparece. Tudo. Enfermeiro está ali para todas as doenças. Então, talvez se tivesse uma equipe específica nos municípios ou nas unidades de saúde para tá tratando, buscando, notificando, monitorando, investigando aquela determinada doença, talvez hoje não teria esses índices que a gente se depara. Então fica aí uma sugestão que, às vezes, eu [...] todo dia surge uma coisa nova lá na vigilância. Então assim, eu paro para analisar que deveria ter uma equipe [...] eu não sei se os outros municípios têm, igual equipe de vigilância do óbito. Deveria ter uma equipe específica de saúde para monitorar essas doenças [de notificação] compulsória que a gente tem. Porque assim a gente consegue de uma forma eficaz trabalhar direitinho, monitorar, não deixar paciente faltar sem tomar a medicação. Então, o que eu percebo é isso que a gente poderia implantar no município. Se fosse possível, né?

BB/M2/E1: [...] A gente ampliaria o número de unidades no município porque como a gente tem algumas unidades com uma demanda muito grande, a gente acredita que diminuindo essa demanda, a gente conseguiria dar um atendimento mais eficaz para todos em relação a sífilis e as outras doenças, né? A gente estruturaria melhor laboratório para gente conseguir ter uma resposta maior [...] a atualização constante sobre a sífilis adquirida, gestacional, congênita, realizar treinamento como os ACS [Agentes Comunitários de Saúde] e demais trabalhadores de saúde sobre a identificação e capacitação precoce das gestantes, campanhas educativas intersetoriais para a população em geral sobre a importância e realização do acompanhamento do pré-natal, puerpério e puericultura e campanhas educativas também intersetorial para a população em geral sobre sífilis adquirida, congênita e gestacional.

BB/M1/E1: Então assim, o que eu percebo aqui é que a gente deveria tá estimulando mais. Não digo só em feiras, a gente se preocupa muito em fazer em feira e eu não vejo muita resolutividade, feira de saúde fazer teste. As pessoas não querem, já tentamos isso. Eu acho que deveria ser uma rotina mesmo dentro da atenção básica. Eu acho que a atenção básica [...] Uma das coisas que dificultam o acesso é não ter o horário estendido para a população que trabalha, então a gente fazer campanhas fora do horário de trabalho ou no horário de meio-dia ou estender até umas 7 horas da noite, se a gente quer fazer algumas campanhas educativas dessas para que as pessoas possam sair do trabalho e fazer o teste. [...] Você tá indo para fazer uma consulta médica, porque não fazer o teste de Sífilis, HIV e tal? E ali mesmo tá mais disposta a fazer. Eu acho que se a gente buscasse mais, talvez a gente conseguiria aumentar [identificação dos casos].

Em associação às condutas sugeridas anteriormente, os prepostos também informaram a existência de mecanismos já praticados nos municípios para combater a SC e que partiram, especificamente, dos gestores municipais, sendo elas:

NS/M2/E1: Sim. A medida mais específica que a gente teve é [...] formar uma equipe de [...] da Rede Cegonha. Então a gente tem uma diretora só para a Rede Cegonha, a gente tem um médico obstetra e a gente tem enfermeiros obstetras e essa equipe [...] a gente sentiu a necessidade que essa equipe fosse formada porque a gente tava tendo muita dificuldades em relação a assistência em saúde do binômio, né? gestante e o [...] é [...] gestante, puérpera e esse recém nascido. Então após a formação dessa equipe, a gente percebeu que inclusive a Sífilis Congênita ela conseguiu ter uma queda e a gente tá conseguindo tratar melhor, acompanhar melhor essas mulheres que estão com diagnóstico de sífilis. [...] Outra estratégia que o município é [...] tá fazendo é levar os testes rápidos em todas as feiras de saúde e campanhas. Todas as ações que a prefeitura faz. A gente tem [...] a prefeitura tem uma ação que é “A Prefeitura até você”. Toda a prefeitura, todas as secretarias [...] de saúde, se mobilizam pra ir até uma localidade que fica 80 [...] 100 quilômetros [...] 60 quilômetros da sede. Então é um projeto da prefeitura que ele busca levar todas as ações, todos os serviços, ações e atividades da prefeitura para as localidades mais distantes. E aí nessas ações a gente sempre leva os testes rápidos. Sempre. Então é uma estratégia que a gente tá tentando manter para conseguir captar novos pacientes, além de continuar fortalecendo a Rede Cegonha, mesmo sem incentivo federal, mesmo sem incentivo estadual, a gente mantém uma equipe de Rede Cegonha com custo próprio pra poder tentar sanar essas dificuldades relacionadas ao pré-natal e a assistência ao recém-nascido e isso inclui a Sífilis Congênita. [...] Então [...] ah! Outra estratégia que a gente adquire é fazer volantes. Então de tempos em tempos a gente pede para a própria unidade de saúde, que já é da zona rural, pedir pra que uma vez na semana, uma vez a cada 15 dias, que ele [o profissional de saúde] vá até essas localidades que já é mais distante ainda da unidade de saúde. Essa é a estratégia. A outra estratégia é a captação desse paciente quando ele chega na unidade hospitalar. Então quando ele chega até a unidade hospitalar, a gente tenta sensibilizar a equipe de saúde do hospital a fazer diagnóstico de DST nesses pacientes. [...] Estratégias extras de captação de pacientes é quando a gente percebe que a gente tá num período de alta do parque eólico e aí a gente tenta fazer a campanha no parque eólico pra ver se a gente consegue captar novos pacientes pra que não consiga disseminar as ISTs dentro do município, né?

AA/M1/E1: [...] Para além disso tudo, a gente tem essa parceria com o CAAV [Centro de Apoio e Atenção à Vida] também, que é o nosso serviço de referência da IST [Infecção Sexualmente Transmissível] e aí já não trabalha somente com a Sífilis em gestantes e suas parcerias, mas também com a Sífilis Congênita ou crianças expostas [...]. As crianças expostas e crianças congênicas, é garantido o acompanhamento no serviço de referência, que é o CAAV, após 18 meses é realizado o teste treponêmico nas crianças expostas e congênicas pelos profissionais da atenção básica e/ou serviço de referência. O resultado do teste treponêmico é repassado para o GT [Grupo de Trabalho] de Sífilis, onde é encerrado o caso no SINAN. Todos os casos de criança exposta e Sífilis Congênita são analisados pela Câmara Técnica de Transmissão Vertical. [...] Então, a câmara técnica de transmissão vertical foi implantada no município em 2018, com a participação ativa de representantes da atenção básica, maternidades, vigilância epidemiológica, serviço de referência em ISTs, que é o CAAV e a médica pediatra. As Câmaras Técnicas são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional que visam analisar eventos relacionados a agravos evitáveis e apontar medidas de intervenção para sua redução na região de abrangência. Tem atuação técnica sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função educativa e representa um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde. Também contribuem para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada à gestante. Tem como objetivo investigar os casos de transmissão vertical da Sífilis, propor medidas que possam

corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical no pré-natal, parto e puerpério. Contribuir para o monitoramento das ações de prevenção e controle da transmissão vertical, elaborar e divulgar relatórios [...].

AA/M4/E1: A sífilis começou [...] um boom [...] a aumentar em 2001, 2002 e nós fizemos um trabalho importante aqui de contenção, de controle, né? Foi criada uma Câmara Técnica aqui no município, uma Câmara de Controle de Transmissão Vertical de DST e [...] nós conseguimos [...] é [...] controlar de certa forma os casos. [...] Nessa Câmara Técnica municipal [...] eu atuo [...] nós nos reunimos mensalmente, é [...] tem representantes do hospital geral, representantes da diretoria de assistência à saúde, representantes dos distritos sanitário de Camaçari, representantes da vigilância epidemiológica do município e também do Centro de Referência em Especialidade de Saúde (CRES), é um centro específico que trata DST/AIDS aqui no município. E aí nós nos debruçamos sobre os cuidados e as oportunidades perdidas. Buscamos alinhar com diversos setores para que [...] é [...] daqui saia diversas medidas que vão alavancar o processo de conter os casos. [...] Outrora, antes, o município já fez [...] muita parte de nosso trabalho da Atenção Básica, que é essas interfaces [...] ele ficou muito prejudicado pela pandemia. Aqui em Camaçari, já se fez, eu lembro, o pessoal do programa municipal lá do CRES (Centro de Referência em Especialidade de Saúde) já fez trabalho com os caminhoneiros. Atualmente, eu não sei se estão fazendo.

Perante tudo o que foi exposto por esta análise, torna-se evidente os esforços depreendidos pelos gestores federais, estaduais e municipais para o combate à infecção por SC, assim como, o alinhamento das ações entre os três níveis de governo. Contudo, as dificuldades elencadas nas entrevistas realizadas com os gestores que atuam no estado Bahia, chamam a atenção para a necessidade de uma revisão sobre a destinação dos recursos financeiros, para os municípios, com o objetivo de aniquilar os obstáculos que impedem a eliminação da SC.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o objetivo de identificar quais as estratégias públicas foram elaboradas e implementadas nos níveis federal, estadual e municipal, para o enfrentamento da Sífilis Congênita no Brasil, com enfoque para o Estado da Bahia. Após o cumprimento deste objetivo, listam-se as considerações finais.

No que tange o âmbito federal, foi identificado um investimento na elaboração de protocolos, manuais, programas e leis, compreendendo o recorte temporal de 1985 até 2021, por parte do Ministério da Saúde. Sobre esse acervo, não se pode deixar de comentar a notável mudança nas estratégias propostas que, inicialmente, possuíam um apelo para a realização das ações assistenciais e, nos anos seguintes, foi evidenciada a ênfase para o direcionamento das atividades vinculadas à gestão.

Em relação às iniciativas estaduais, é notável a conformidade com o preconizado nos materiais elaborados pelo Ministério da Saúde. Contudo, destacam-se os investimentos dos estados de São Paulo, por priorizar as ações de eliminação da SC nas linhas de financiamento

de projetos, Bahia, pela construção do “Plano Estadual da Mãe Saudável” que traz a certificação para os municípios que conseguirem a eliminação da SC, seguindo a proposta “Município sem Sífilis Congênita” e o Paraná, também pela adoção de uma medida que busca a certificação dos municípios por meio da “Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita”.

Concernente aos municípios, foram identificados obstáculos para o cumprimento das estratégias, tais como: a baixa adesão das parcerias das gestantes ao tratamento, déficit de médicos e enfermeiros capacitados, rotatividade dos cargos públicos e ausência de recursos específicos para o manejo da doença. Além disso, foram apontadas atividades turísticas e períodos festivos como contribuintes para o aumento das notificações dos casos.

Ainda sobre a esfera municipal, foi evidenciada a existência de mecanismos concebidos por seus gestores, como a formação de uma equipe específica para o desenvolvimento das ações da Rede Cegonha, composta por diretora, enfermeiros e médicos obstetras, a organização de câmaras técnicas para responder sobre os assuntos que dizem respeito a doença, a formação das equipes para atendimento itinerante, com o objetivo de alcançar as comunidades que encontram-se distantes do serviço público de saúde e o planejamento de atividades para a conscientização de públicos específicos como os trabalhadores sazonais, pescadores e caminhoneiros.

Contudo, cabe pontuar duas limitações deste estudo: i) A indisponibilidade, na íntegra, de alguns documentos públicos, como protocolos, manuais e normas, nas páginas virtuais dos governos dos estados, dificultando uma análise mais detalhada sobre as iniciativas estaduais e ii) A dificuldade para contactar os prepostos públicos para a participação nas entrevistas semiestruturadas, realizadas no contexto desta pesquisa, fazendo com que o quantitativo de entrevistados fosse pouco representativo. Desse modo, coloca-se como sugestão, para futuras investigações, a mobilização de recursos para a captação dos outros prepostos que não estiveram presentes nesta investigação.

REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111- 126, mar. 2006.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Plano Estadual da Mãe Saudável**. Salvador, BA: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads. Lisboa: Edições 70, 1977. 118 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 120, 24 jun. 2011, Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. Fica instituído o Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Para efeitos de Aplicação da Lei Nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial Nº 608Bsb, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS e a Sífilis Congênita. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 1986, Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamentos de Programa à Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. **Bases técnicas para eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Guia para Certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e

das Hepatites Virais. **Agenda de ações estratégicas para redução da Sífilis no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano Estadual para redução de Sífilis no Ceará**. Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2018.

CIDACS. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde. **Índice Brasileiro de Privação**. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/tmp-ibp/ibp/> . Acesso em: 26 jun. 2022.

VÁZQUEZ, D; DELAPLACE, D. Políticas públicas na perspectiva de direitos humanos: um campo em construção. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 31-64, jun., 2011.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 5. ed. Hoboken: Prentice Hall, 1984.

EASTON, D. **A Framework for political analysis**. Hoboken: Prentice Hall, 1965.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Plano Estadual de enfrentamento da Sífilis Congênita**. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

HERRERO, M. B.; DELUCA, G.; FARAONE, S. Desigualdades sociais, inequidades y enfermedades desatendidas: sífilis congénita en la agenda de salud internacional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.1-24, abr. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) – Planilha**. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>. Acesso em: 03 jul.2022.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003. p.311.

LASSWELL, H. D. **Politics; who gets what, when, how**. Nova Iorque: Whittlesey house, 1936.

LUCCHESI, P. T. R. Políticas públicas em saúde. *In*: _____. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. São Paulo: BIREME, 2004. p. 3-10.

LYNN, L. E. **Designing public policy: a case book on the role of policy analysis**. Santa Monica: Goodyear Publishing Company, 1980.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In*: MARQUEZINE, Maria Cristina; ALMEIDA, Maria Amélia; OMOTE, Sadao (Org.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Eduel, 2003, p. 11-25.

MEAD, L. Public policy: vision, potential, limits. **Policy Currents**. Nova Iorque, v. 68, n. 3, p. 1-4, fev., 1995.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano de Enfrentamento à Sífilis no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2021.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. cap. 1, p. 9-29.

MIRANDA, A. P.; NASCIMENTO, H. H. G.; ROCHA, M. I. S. O enfermeiro frente ao acompanhamento de mulheres com sífilis na estratégia saúde da família. **Nursing**. Osasco, v. 22, n. 249, p. 2615-2620, fev., 2019.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Número Especial, out. 2021- Sífilis**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf/view. Acesso em: 28 jul. 2022.

PARANÁ. Governo do Estado. Agência Estadual de Notícias. **Saúde vai certificar municípios para a eliminação da Sífilis**. Disponível em: <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Saude-vai-certificar-municipios-para-eliminacao-da-sifilis>. Acesso em: 10 out. 2022.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretária da Saúde. **Paraná elimina Sífilis Congênita em 210 municípios**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Parana-elimina-sifilis-congenita-em-210-municipios>. Acesso em: 10 out. 2022.

PAZ, L. C. et al. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 12-17, jan.-jun., 2004.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. **Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita**. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2015.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Promoção à Saúde. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. Programa Estadual IST/AIDS e Hepatites Virais. **Plano Estadual de Enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV, da Sífilis, das Hepatites Virais e do HTLV**. Natal, RN: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Plano para Enfrentamento da Sífilis Congênita em Santa Catarina**. Florianópolis, SC: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. **Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita**. São Paulo, SP: Secretaria de Estado da Saúde, 2010.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SESAB - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Boletins: Boletim Epidemiológico-Sífilis - Bahia**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/agravo/sifilis-congenita/>. Acesso em: 11 maio 2021.

SESAB. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Nota Técnica DIVEP nº 02/2018, de 05 de março de 2018**. Orientações para a notificação de sífilis congênita de acordo com os critérios de definição de casos vigentes. Salvador, BA: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2018.

SILVEIRA, M. F. et al. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 43, n. 3, p. 1-9, mar. 2019.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 7, n. 16, p. 20-45, jul-dez., 2006.

VASCONCELOS, M. N. et al. Características das mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita. **O Mundo da Saúde**, v.1, n.44, p.585-594, jan. 2020.

VIANNA, P. V. C. et al. Sífilis Congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, São Paulo, v.23, n.42, p.35-50, jul. 2017.

DISCUSSÃO GERAL

A relação entre Sífilis Congênita (SC) e vulnerabilidade social é reconhecida pela literatura, em que pese o fato dos autores se posicionarem de forma distinta sobre a denominação aplicada para as doenças e as populações em situação de negligência. Da revisão sistemática realizada no artigo 1, encontrou-se que os parâmetros mais utilizados pelas análises para caracterizar essa relação, dizem respeito às condições socioeconômicas das genitoras das crianças acometidas, como: faixa etária, escolaridade, raça/cor, renda, ocupação, situação conjugal e zona de residência, como nos estudos de Domingues e Leal (2016) Heringer et al. (2020), Medeiros et al. (2022), Ozelame et al. (2020), Souza et al. (2020), Vasconcelos et al. (2020) e Vianna et al. (2017).

Além disso, os autores buscaram ancorar suas investigações em indicadores específicos para a vulnerabilidade social. Sobre isso, é mais comum entre os estudos, a utilização do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) por ser considerado um indicador mais sensível para medir a situação social de municípios, estados e países porque além das informações econômicas, são consideradas as condições de saúde e habitação das populações (SOARES; BENTO; SILVA, 2013). Ainda, existem análises que se apropriaram do Índice de Vulnerabilidade Social, como no estudo de Nascimento (2020), entretanto, o autor pontuou que não foi possível obter resultados satisfatórios para afirmar a relação entre SC e vulnerabilidade social.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), as análises que buscam compreender a interação entre os determinantes sociais e a saúde, enfrentam um grande obstáculo para atingirem os seus objetivos porque é desafiador mensurar a influência dos aspectos sociais, econômicos e políticos, que embora não sejam características individuais das pessoas, interferem no estado de saúde. Segundo os mesmos autores, um exemplo para essa argumentação é o fato de que existem países em que o PIB *per capita* e o PIB total refletem boas condições econômicas, mas os indicadores de saúde mostram-se inadequados.

Discutindo sobre “determinação social da saúde”, existe um debate recente travado por Minayo e Almeida-Filho a respeito da utilização dessa expressão. Para Minayo (2021), essa é uma conceituação inapropriada para explicar o processo saúde-doença porque nega o entendimento de que as pessoas, seja de modo individual ou coletivo, são capazes de tornarem-se agentes promotores de mudanças para a melhoria das condições ambientais e de saúde, não

somente para si, mas para todo o corpo social. Por essas razões, a autora recomenda o esquecimento dessa expressão por parte da saúde coletiva.

Em contraponto à argumentação posta anteriormente, Almeida-Filho (2021) defende que essa colocação possui cunho falacioso, uma vez que suprime a construção histórica desses conceitos fazendo com que estes sejam entendidos de forma errônea. Ainda, sendo contrário a recomendação de Minayo, o autor reafirma a existência de uma sobredeterminação no campo da saúde, que se sustenta por um conjunto de desigualdades relacionadas com a estrutura e funcionamento das sociedades contemporâneas, promovendo a perpetuação das iniquidades sociais e que por isso não pode ser negligenciada dos temas que envolvem a saúde coletiva.

Os parâmetros socioeconômicos, identificados pelo artigo 1, foram fundamentais para nortear a escolha das variáveis a serem exploradas na investigação sobre SC e vulnerabilidade social no estado da Bahia, através do artigo 2. Uma vez tendo aplicado tais parâmetros e o IDH-M, foram obtidos resultados semelhantes àqueles revelados por outras pesquisas que adotaram a mesma estratégia. A maioria dos casos de SC no estado, em crianças menores de um ano de idade, mostraram-se associados à realidade de genitoras jovens (20 a 29 anos de idade), pardas e que possuíam baixo nível educacional. Na ocasião, também foram exploradas informações obstétricas, tendo percebido que embora a maioria das gestantes tenham sido acompanhadas durante o pré-natal, o diagnóstico para Sífilis durante a gestação não foi realizado em tempo hábil.

No mesmo artigo, através da análise espacial, percebeu-se que a SC não se distribui de forma homogênea na Bahia, sendo sua incidência mais elevada em municípios localizados na faixa litorânea e no extremo sul, a exemplo de Alcobaça que possui a maior incidência do estado. Por outro lado, as incidências são menores em municípios do centro-oeste. Questionando as razões pelas quais esse resultado pode ser explicado, cogita-se a possibilidade das notificações possuírem alguma relação com as atividades turísticas que se realizam nos municípios baianos.

Corroborando a hipótese levantada no parágrafo anterior, Helbusto et al. (2016) discutem que entre as modalidades turísticas, o turismo de sol e praia tem o potencial de atrair muitas pessoas, que partem de diferentes lugares do mundo, motivadas pela experiência em lugares mais informais que possuam espaço para uso de substâncias como álcool e drogas. De acordo com as mesmas autoras, esse contexto faz com que as pessoas sejam encorajadas a negligenciar condutas preventivas para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e faz

com que esse tipo de turismo esteja mais relacionado com a disseminação de doenças infectocontagiosas.

Uma outra possibilidade a ser considerada, é a relação das ocorrências de SC com a disposição das rodovias no estado. Sobre essa relação, nas pesquisas como as de Rocha, Lemes e Santos (2017) e Teles et al. (2008), os autores concluíram que a intensa circulação dos caminhoneiros entre diferentes regiões e em pouco tempo, faz com que esse público acabe auxiliando para a propagação das IST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de quaisquer considerações finais, é oportuno comentar que esta dissertação foi motivada pela ambição de compreender quais as condições sociais contribuem para a permanência da Sífilis Congênita, no cenário epidemiológico do estado da Bahia, em que pese a existência de iniciativas, partindo da saúde pública, para o manejo adequado do problema. Em associação, este estudo se alinha aos interesses pessoais da mestrandia, que tem o objetivo de entender sobre as interconexões entre a saúde e as outras áreas do conhecimento.

Desse modo, colocou-se como problema de pesquisa: Em que medida a distribuição dos casos de sífilis congênita registrados na Bahia, entre os anos de 2011 e 2020, foram influenciados pelos indicadores socioeconômicos dos municípios do Estado? Estas intenções foram alcançadas através do cumprimento do objetivo geral, que consistiu em responder diretamente ao problema de pesquisa, e pelos seis objetivos específicos que estão listados, em sequência, com suas respectivas considerações.

No que concerne aos objetivos específicos: i) Discutir a relação entre as doenças negligenciadas e a vulnerabilidade social e ii) Compreender a dinâmica da Sífilis Congênita e os fatores determinantes para a sua incidência, estes foram atendidos no primeiro artigo, intitulado: “Vulnerabilidade Social e suas Interconexões com a Sífilis Congênita: o que diz a literatura?”

No referido artigo foi possível evidenciar que o termo “vulnerabilidade” nem sempre foi aplicado aos temas de saúde. Este, somente passou a ser adotado, após ter sido percebida a necessidade de uma abordagem mais cuidadosa para discorrer sobre as pessoas adoecidas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A partir disso, a inserção do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde, favoreceu o entendimento de que as doenças não se estabelecem de forma homogênea entre as camadas sociais e que as populações, socioeconomicamente vulneráveis, estão mais propensas ao adoecimento do que aquelas que não se inserem nesse contexto. Assim, algumas patologias são denominadas como “doenças negligenciadas” fazendo referência ao fato de que acometem, com mais frequência, indivíduos vulneráveis.

Entretanto, esta dissertação evidenciou que não existe um consenso entre os estudiosos do tema sobre a utilização deste termo, uma vez que, para esses pesquisadores, qualquer doença irá se desenvolver de forma mais expressiva em populações vulnerabilizadas. Por isso, defende-se que esta denominação seja revista e que a colocação da palavra “negligenciada” sirva para caracterizar as populações e não as patologias. Desse modo, propõe-se que “doenças de

populações negligenciadas” venha a ser a colocação mais adequada para discussão da relação entre doenças e comunidades vulneráveis. Sendo este, também o posicionamento assumido pelo presente estudo, expresso desde o seu próprio título.

Outra importante observação feita por este estudo, é o fato de que a SC não foi contemplada pela Organização Mundial da Saúde, para integrar a lista das 20 doenças tropicais negligenciadas, embora exista esse reconhecimento por parte da literatura científica, onde os autores identificam a relação entre os casos de SC e as condições sociais e econômicas das crianças e suas genitoras. Para alcançar essas conclusões, foi observado que os estudos recorrem a vários indicadores, como o IDH, IVS, Índice de Gini e o PIB. Além disso, também são incorporadas nas análises, as características das genitoras, como a faixa etária, escolaridade, raça/cor, renda, ocupação, situação conjugal e zona de residência. Dessa forma, os fatores que influenciam os casos de SC, trazidos pelo primeiro artigo, serviram para nortear a escolha das variáveis que foram eleitas para o artigo seguinte.

Ainda, oportunamente, o primeiro artigo mostrou que as investigações sobre a SC sofreram variação no decorrer dos anos, tendo sido possível organizar os estudos em três correntes, sendo elas: fatores comportamentais, aspectos assistenciais e vulnerabilidade social, em que as discussões perpassam por fatores comportamentais das genitoras, notadamente em relação ao uso de substâncias ilícitas e prática sexual de risco, problemas assistenciais, com ênfase para o acompanhamento pré-natal e a contribuição dos aspectos sociais para os casos de SC, respectivamente.

Em relação aos objetivos específicos: iii) Caracterizar o perfil socioeconômico das genitoras dos menores de um ano de idade acometidos pela sífilis congênita nos municípios baianos; iv) Analisar a evolução quantitativa e a distribuição espacial da Sífilis Congênita na Bahia e v) Identificar possíveis relações entre a distribuição espacial da Sífilis Congênita e o Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios baianos, estes foram realizados no segundo artigo, intitulado: “Sífilis Congênita na Bahia no século XXI: uma abordagem especial”

Neste artigo foi possível evidenciar que os casos de SC, desencadeados em crianças que possuíam menos de um ano de idade, no momento do diagnóstico, estão atrelados a algumas características sociodemográficas maternas, como o fato de que, em maioria, as genitoras são mulheres jovens, que possuem entre 15 a 29 anos de idade, de raça/cor parda e com baixa escolaridade.

Para compor essa caracterização, houve o esforço de incluir na análise as informações sobre a renda e a zona de residência das genitoras. Entretanto, essas informações não foram

localizadas no banco de dados do SINAN e, mesmo após terem sido solicitadas, via e-mail e ouvidoria do referido sistema, não se obteve retorno sobre a disponibilização desses dados. Na ocasião, também foram analisadas as informações obstétricas das genitoras, das quais destaca-se o diagnóstico tardio para sífilis durante a gestação, a realização inadequada do tratamento e os casos em que nenhuma medida terapêutica foi adotada.

No que tange a distribuição espacial, foi possível inferir que, de forma expressiva, as taxas de incidência são mais elevadas nos municípios litorâneos e no extremo sul do estado, como em Alcobaca que apresentou incidência de 18,36/1.000NV para o período. Quanto à investigação por associação entre o IDH e os casos de SC, esta só pode ser afirmada para 24% das ocorrências da doença.

Não se pode deixar de pontuar que este artigo sofreu com a possibilidade de subnotificação dos casos na base de dados do SINAN, situação que impede a realização de uma avaliação fidedigna sobre o comportamento da doença no estado da Bahia.

E, por fim, concernente ao último objetivo: vi) Analisar as estratégias públicas desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal para o enfrentamento da Sífilis Congênita, com enfoque para o Estado da Bahia, este foi alcançado no terceiro artigo, intitulado: “Estratégias de combate a Sífilis Congênita no Estado da Bahia: onde estão os entraves?”

Através do cumprimento deste objetivo, identificou-se uma série de medidas que partiram das esferas federal, estadual e municipal. Sobre as estratégias concebidas pelo MS, é importante ressaltar que estas foram iniciadas no ano de 1985 e ocorreram até o ano de 2021. Aqui, cabe também comunicar, que os instrumentos elaborados pelo MS sofreram uma mudança expressiva no que diz respeito à organização das ações, onde as medidas mais antigas foram dedicadas para as ações assistenciais e, nas estratégias mais recentes, nota-se um apelo maior para as atividades que competem à gestão.

Em relação às ações estaduais, destacam-se as iniciativas que partiram dos estados de São Paulo, Bahia e Paraná. O primeiro, por priorizar a destinação de investimentos para os projetos que se proponha a conduzir o cenário da SC e, os dois últimos, pela criação da certificação para os municípios que conseguirem eliminar a ocorrência da SC.

Tratando sobre os municípios, os prepostos entrevistados também indicaram a prática de medidas que partiram, especificamente, da iniciativa municipal. Nessa perspectiva, percebe-se um expressivo esforço por meio da criação de equipes, grupos de trabalho e câmaras técnicas para atuar em ações prioritárias que dizem respeito a SC.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Conceição de Maria et al. A Compreensão da Qualidade de Vida atrelada à Sífilis Congênita. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 293-297, jul./set. 2015.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Mais além da determinação social: sobredeterminação social, sim! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 1-3, out. 2021.
- ALVARENGA, Rodrigo; MELO, Marcela Fernandes Muniz. Uma teoria crítica para o desenvolvimento à luz dos direitos humanos. **Revista de Direito Brasileira**, São Paulo, v. 21, n. 8, p. 183-197, set. 2018.
- ARAÚJO, Cinthia Lociks et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012.
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111- 126, mar. 2006.
- BRASIL. **Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Apresenta Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>. Acesso em: 10 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. 1. ed. Brasília: MS, 2010. 100p.
- BUSSO, G. El enfoque de la vulnerabilidad social en el contexto latinoamericano: situación actual, opciones y desafíos para las políticas sociales a inicios del siglo XXI. *In*: SEMINARIO INTERNACIONAL: LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2001, Santiago de Chile. **Anais [...]**. Santiago de Chile, 2001.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, mar. 2007.
- CNDSS - COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da CNDSS. Brasília: MS; Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), 2008. 216p.
- DIORIO, Dawne; KROEGER, Karen; ROSS, Amara. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014–2016. **Sexually transmitted diseases**, Philadelphia, v. 45, n. 7, p. 447 – 451, jul. 2018.
- DNDi - DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INITIATIVE. **Preencher as lacunas em P&D é a chave para controlar e eliminar as doenças tropicais negligenciadas**. Disponível em: <https://dndi.org/press-releases-translations/2012/dndi-london-ntd-po/>. Acesso em: 10 maio 2021.
- DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, p.1-12, jun. 2016.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Doenças negligenciadas**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em: 11 maio 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Especialistas debatem as desigualdades na saúde e as formas de atacar o problema**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/especialistas-debatem-as-desigualdades-na-sa%C3%BAde-e-as-formas-de-atacar-o-problema>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

FRANÇA, I. S. X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 74-81, maio/jun. 2005.

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento**: enfoque histórico-estrutural. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 126 p.

GREENBERG, M. S. et al. The association between congenital syphilis and cocaine/crack use in New York City: a case-control study. **American Journal Public Health**, Washington, V. 81, n. 10, p. 1316 – 1328, out. 1991.

GREVE, Camila Valverde Santana. **Desenvolvimento, desigualdade socioespacial e assistência à saúde**: uma análise da infraestrutura de leitos hospitalares e policlínicas no estado da Bahia. 2022. 62 f. Dissertação (Mestrado) - Desenvolvimento Regional e Urbano. Universidade Salvador - Unifacs, Salvador, 2022.

HELBUSTO, N. B et al. Cidades Turísticas Litorâneas: a economia vai bem, mas e a saúde? *In*: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 20., ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 16., ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, 6., 2016. Vale do Paraíba . **Anais [...]** 2016.

HERINGER, A. L. dos S. et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.44, n.1, p.1-8, jan. 2020.

HONG, F. C. et al. Risk of Congenital Syphilis (CS) Following Treatment of Maternal Syphilis: Results of a CS Control Program in China. **Clinical Infectious Diseases**, Inglaterra, v. 65, n. 4, p. 588 – 594, ago. 2017.

JANCZURA, Rosane. Risco ou Vulnerabilidade Social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.

KRIEGER N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, v. 50, n. 55, p. 693-700, 2001.

LIMA, Marina Guimarães et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, fev. 2013.

MEDEIROS, J. A. R. et al. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. **Scientific Reports**, v.12, n.1, p.1-13, jan. 2022.

MELO, N. G. D. O.; MELO FILHO, D. A; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 213-222, abr.- jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Dialogando sobre o conceito de determinação social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 1-3, out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 200-2, 2010.

MS. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Número Especial, out. 2021- Sífilis**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf/view. Acesso em: 28 jul.2022.

NASCIMENTO, L. F. C. Sífilis Congênita no Vale do Paraíba sob enfoque espacial. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.38, n.3, p.1-9, jul.2020.

NUNES, P. S. et al. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-11, jan. 2021.

OLIVEIRA, F. A Questão do Estado: vulnerabilidade social e carência de direitos. *In*: SUBSÍDIOS à Conferência Nacional de Assistência Social. Brasília: CNAS, out. 1995.

OZELAME, J. É. E. P. et al. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.1-9, out. 2020.

PILLAY, S.; TOOKE, L. J. Symptomatic congenital syphilis in a tertiary neonatal unit in Cape Town, South Africa: High morbidity and mortality in a preventable disease. **South African Medical Journal**, South African, V. 109, n. 9, p. 652 – 658, ago. 2019.

RIBEIRO, Anny Danyelly da Costa et al. Neurosyphilis in Brazilian newborns: a health problem that could be avoided. **Rev. Inst. Med. trop.**, São Paulo, v.62, n.82, 2020.

ROCHA, Elias Marcelino da; LEMES, Alisséia Guimarães; SANTOS, Bruno Luiz Macedo. Exposição de caminhoneiros à infecções sexualmente transmissíveis. **J Health NPEPS**. Tangará da Serra, v. 2, n. 1, p. 230-240, 2017.

SCHUMANN, L. R. M. A. **A multidimensionalidade da construção teórica da vulnerabilidade: análise histórico-conceitual e uma proposta de índice sintético**. 2014. 165 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília. 2014.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Boletins: Boletim Epidemiológico-Sífilis - Bahia**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/agravo/sifilis-congenita/>. Acesso em: 11 maio 2021.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 464 p.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Sífilis**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/sifilis/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SLUTSKER, J. S., HENNESSY, R. R., SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis cases - New York City, 2010-2016. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, Atlanta, v. 67, n. 39, p. 1088 – 1093, out. 2018.

SOARES, L. S; BENTO, S. L; SILVA, G. R. F. Diagnóstico da Situação de Saúde Maternoinfantil no Município de Tanque do Piauí-PI. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 26, n.1, p.79-87, jan./mar. 2013.

SOUZA, C. D. F de. et al. Spatiotemporal clustering, social vulnerability and risk of congenital syphilis in northeast Brazil: an ecological study. **Transações da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 114, n. 9, p. 657-665, Set. 2020.

TELES, Sheila Araujo et al. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em caminhoneiros no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 24, n. 1, p. 25-30, 2008.

VASCONCELOS, M. N. et al. Características das mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita. **O Mundo da Saúde**, v.1, n.44, p.585-594, jan. 2020.

VIANNA, P. V. C. et al. Sífilis Congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, São Paulo, v.23, n.42, p.35-50, jul.2017.

VIGNOLI, J. R. Vulnerabilidad Demográfica en América Latina: qué hay de nuevo? *In: SEMINARIO INTERNACIONAL: LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*, 2001, Santiago de Chile. *Anais [...]*. 2001.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **Int J Health Serv**, EUA, v.22, n.3, p.429-445, 1992.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In: TAVARES, J. (org.). Resiliência e educação*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13 - 42.