

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
UNIFAL-MG

GRAZIELLE MIRANDA FREITAS

**NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM UMA SUPERINTENDÊNCIA
REGIONAL DE SAÚDE DO SUL DE MINAS GERAIS**

Alfenas/MG
2018

GRAZIELLE MIRANDA FREITAS

**NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM UMA SUPERINTENDÊNCIA
REGIONAL DE SAÚDE DO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Alfenas, na linha de pesquisa “O processo de cuidar em Enfermagem”, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

Alfenas/MG
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

F866n Freitas, Grazielle Miranda.
Notificação da sífilis adquirida em uma superintendência regional de
saúde do Sul de Minas Gerais / Grazielle Miranda Freitas. – Alfenas-
MG, 2018.
166 f.: il. --

Orientador: Fábio de Souza Terra.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de
Alfenas, 2018.
Bibliografia.

1. Sistemas de Informação em Saúde. 2. Notificação de Doenças.
3. Sífilis. 4. Monitoramento Ambiental. 5. Enfermagem. I. Fábio de
Souza Terra. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Grazielle Miranda de Freitas

“Notificação da sífilis adquirida em uma Superintendência Regional de Saúde do sul de Minas Gerais”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 14/11/2018

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: 

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: 

Profa. Dra. Edilaine Assunção Caetano de Loyola
Instituição: UNIFENAS

Assinatura: 

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que me deu forças para vencer todas as dificuldades desse longo caminho até aqui. Ao meu pai Antenor (*in memoriam*), que infelizmente não pode estar presente neste momento tão importante da minha vida. Também dedico a Vera, minha mãe querida e grande companheira; e ao meu esposo Emerson, que me deu tanto apoio em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Sozinhos não vamos a lugar algum, não é mesmo? Sendo assim, para obter o título de mestre, necessitei da ajuda de muitas pessoas para que meu sonho fosse realizado. Nada foi fácil, tampouco tranquilo, pois do processo seletivo, passando pela aprovação, até a conclusão do mestrado, foi um caminho longo percorrido, então o que faço agora é agradecer a todos que confiaram em mim desde o início.

Primeiramente a *Deus*, que esteve sempre em minha presença e em meu auxílio me dando forças renovadas a cada dia, sabedoria e discernimento ao longo da realização deste árduo trabalho.

A *minha mãe Vera*, que por muitas vezes renunciou aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, fazendo-se presente em todos os momentos da minha vida e, mesmo não tendo a oportunidade de tive nos estudos, sempre me incentiva e tranquiliza nos momentos difíceis desta caminhada até aqui, meu porto seguro.

Ao *meu pai Antenor (in memoriam)*, que, onde quer que esteja, nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim. Pai, meu amor eterno, que com sua luta pela vida me incentivou seguir na profissão que tanto amo e sou realizada.

Ao *meu marido Emerson*, por ser meu grande amigo, companheiro, incentivador, apoiador, pela compreensão em meus momentos de falta como esposa, como mulher e companheira durante esses últimos anos e principalmente pelo estímulo, mesmo quando o cansaço parecia me abater.

Ao *meu irmão João Paulo*, que mesmo distante fisicamente nunca deixou de ser presente em minha vida, incentivando-me sempre e torcendo pelo meu sucesso.

Ao *meu orientador, Prof. Dr. Fábio de Souza Terra*, por ser o meu norte, meu guia e maior responsável por me ensinar a direção certa neste caminho tão difícil. As indicações, as dicas, as correções e até mesmo alguns percalços pelos quais passamos nessa relação entre orientador-orientanda; tudo isso fez parte de uma composição sem igual não só para a construção deste trabalho que agora se traduz

nas páginas dessa longa dissertação, mas também para a maturidade e conhecimento para toda a vida. Minha eterna gratidão por acreditar em mim. Tenho absoluta certeza que não chegaria até aqui sem o seu apoio e orientação. Você foi e sempre será muito mais que orientador; para sempre meu mestre e amigo.

A *minha amiga Edilaine Assunção Caetano de Loyola*, que esteve sempre comigo, desde a criação do pré-projeto, auxiliando-me, transmitindo-me conhecimento e principalmente me dando seu fiel apoio, estando sempre disponível de forma generosa a fim de ofertar com o máximo de contribuições para a obtenção deste título. Por quantas vezes deixou sua própria família para ir ao meu auxílio. Serei eternamente grata.

As minhas amigas e companheiras de trabalho *Adriana Ponciano Fernandes Sarkis Rocha, Silvana Albino da Silva Santos e Ciderleia de Castro Lima*, que sempre me apoiaram, incentivaram, mostraram caminhos, substituíram-me em minhas ausências e por tudo isso estou aqui, na reta final.

Ao professor *Dr. Denismar Alves Nogueira* e seu aluno *André Silva Tavares*, pelo auxílio na estruturação do banco de dados, análise estatística e pelas contribuições grandiosas nos mapas temáticos.

A *Superintendência Regional de Saúde de Alfenas*, por autorizar e colaborar com a realização deste trabalho, em especial a profissional *Adriana Alves de Oliveira Monteiro*.

Aos *26 municípios da microrregião de Alfenas*, pela participação voluntária de seus servidores nesta pesquisa e pelo seu tempo dedicado a enviar as fichas de investigação/notificação de sífilis adquirida.

A *Denis de Oliveira Rodrigues*, pela disponibilidade que me ofertou todas as vezes que alguma dúvida surgia e principalmente pelo auxílio em vários entraves que tive ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores *Dra. Edilaine Assunção Caetano de Loyola* e *Dr. Murilo César do Nascimento*, pela participação e sugestões oferecidas no exame de qualificação e defesa deste trabalho.

Aos *colegas e amigos que fiz no mestrado*, por terem compartilhado comigo de momentos que irei levar para sempre na memória. E o melhor, estou colecionando amigos. Foi um imenso prazer dizer que fazem parte da minha história.

Ao *corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas*, pelos ensinamentos durante as disciplinas.

A *Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)*, meu local de trabalho, pelo incentivo na realização deste estudo e obtenção do título de mestre.

A *todos* que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo e obtenção do meu título de mestre em Enfermagem, meu sincero agradecimento.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

*“Tenha sempre bons pensamentos
porque os seus pensamentos se transformam em suas palavras
Tenha boas palavras
porque as suas palavras se transformam em suas ações
Tenha boas ações
porque as suas ações se transformam em seus hábitos.
Tenha bons hábitos
porque os seus hábitos se transformam em seus valores
Tenha bons valores
porque os seu valores se transformam no seu próprio destino”.*

Mahatma Gandhi

*“O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser.
E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma.
Tudo depende só de mim”.*

Charles Chaplin

RESUMO

O conhecimento do perfil epidemiológico de portadores de sífilis adquirida e da situação da notificação dessa doença é importante para a população, para os profissionais da saúde, incluindo os enfermeiros, e para as políticas públicas de saúde. As notificações/investigações desse agravo sofrem influência pela quantidade, qualidade, confiabilidade e inconsistências dos dados. O objetivo deste estudo foi avaliar as notificações dos casos de sífilis adquirida registradas no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis de uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal e quantitativo, em que foram incluídos todos os casos de sífilis adquirida notificados na referida Superintendência Regional, acompanhados da ficha de investigação, no período de janeiro de 2010 a junho de 2017. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Parecer número 2.197.263. Foram utilizados dois instrumentos, elaborados pelos pesquisadores, para coletar os dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais, além dos referentes ao preenchimento das fichas, por meio dos critérios: campos não preenchidos, preenchimento do campo "ignorado" e incoerências de dados. Após a coleta, os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for the Social Science* e, para as análises, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Após essas análises, estimou-se o *Odds ratio* das variáveis avaliadas, com o intervalo de confiança de 95%. Como resultados, observou-se maior frequência da faixa etária de 20 a 35 anos; do sexo masculino; da raça/cor branca; da escolaridade ensino médio completo. A maior frequência de casos mantém relações sexuais com homens; e possui resultado do teste não treponêmico e do teste treponêmico reagente. Na classificação clínica, constatou-se que a maioria dos indivíduos possuía doença em sua fase terciária. Apenas a variável sexo apresentou associação significativa ($p=0,000$) com o comportamento sexual, sendo que os homens apresentaram mais chance de comportamento sexual para relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres. A maioria das fichas tiveram alguma variável sem preenchimento, sendo que a função do profissional responsável pelo preenchimento foi a de maior predominância. Dentre as fichas que apresentaram variáveis com preenchimento do campo ignorado, destacam-se os antecedentes de

sífilis. Das fichas de investigação que possuíam incoerência de dados, o resultado do teste treponêmico/classificação final do caso foi o de maior predominância. Encontrou-se uma maior frequência de enfermeiros que foram responsáveis pelo preenchimento das fichas, seguida dos técnicos de enfermagem. Com isso, o conhecimento do perfil epidemiológico da doença e a confiabilidade da notificação dependem da capacidade dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, em notificar corretamente esses agravos.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Saúde. Notificação de Doenças. Sífilis. Monitoramento Epidemiológico. Enfermagem.

ABSTRACT

The knowledge of epidemiological profile of syphilis bearers and a situation of notification that disease is important for the population, for the health professionals, including the nurses, and for the public politics of health. The notifications/investigations that disease suffer influence for amount, quality, reliability and data inconsistency. The objective that study was evaluated in cases of acquired syphilis reported in a Department of Sexually Transmitted Infections of a Regional Health Superintendent of South of Minas Gerais, Brazil. A descriptive, cross-sectional, quantitative study, in that were included all cases of acquired syphilis reported in referred Regional Health, accompanied of investigation record, in period of January of 2010 to June of 2017. The research was approved for Ethics Committees, Technical advice number 2.197.263. Were used two instruments, elaborated for researchers, for collect the clinical, sociodemographic and laboratory data, beyond of reference record padding, for the criterion: field not filled, padding of field "ignored" and data inconsistency. After the collect, the data was analyzed with the help of *Statistical Package for the Social Science* and, for the analyses, was used the chi-square test of Pearson and Fisher's exact test, with significance level of 5%. After these analyze, estimated the *Odds ratio* of evaluated variable, with the interval of confidence 95%. As results, observed bigger frequency of age range of 20 the 35 years; of male; of breed/white color; of schooling high school complete. The bigger frequency of cases keeps sexual relations with men; and has results of non-treponemic test and the treponemic reagent test. In clinical classification, verified that the majority of individuals possessed disease in your tertiary phase. Only the variable sex showed significant association ($p=0,000$) with the sexual behavior, been that the men showed greater chance of sexual behavior for sexual relations with men and sexual relations with men and women. The majority of the files had some variable without fill, being that the function of the responsible professional by filling was the one with the greatest predominance. Among the files that showed variables with padding of ignored field, were detached the antecedent of syphilis. Of investigation records that had incoherence of data, the test results treponemic/classification final of case was the greater predominance. Was found a greater frequency of nurses that was responsible for record padding, followed by nurse technician. With this, the knowledge of epidemiological profile of disease and

the reliability of notification depends of capacity of health professionals, mainly of nurse in notify correctly these injuries of health.

Keywords: Health Information Systems. Disease Notification. Syphilis. Epidemiological Monitoring. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Passos para o adequado preenchimento das fichas de investigação em geral | 44 |
| Quadro 2 – Modo adequado para preenchimento das fichas de investigação da sífilis adquirida e os campos numerados na própria ficha | 45 |
| Figura 1 – Mapa com os respectivos municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Alfenas | 52 |
| Figura 2 – Mapa com os respectivos municípios que notificaram, investigaram e enviaram as fichas dos casos de sífilis adquirida à Superintendência Regional de Saúde | 58 |
| Figura 3 – Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme o sexo dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017 | 75 |
| Figura 4 – Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme a faixa etária dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017..... | 76 |
| Figura 5 – Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme a escolaridade dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017..... | 77 |
| Figura 6 – Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme a zona de moradia dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017..... | 78 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| Tabela 1 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, para cada município da microrregião. Alfenas - MG, 2017 (n= 294) | 61 |
| Tabela 2 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “município de notificação”, “ano de notificação” e “ano de diagnóstico”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 64 |
| Tabela 3 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “raça/cor” e “escolaridade”. Alfenas, MG, 2017 (n=294). | 66 |
| Tabela 4 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “município de residência” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2018 (n=294) ... | 68 |
| Tabela 5 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com a variável “ocupação”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 70 |
| Tabela 6 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “antecedentes de sífilis” e “tratamento realizado”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 71 |

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabela 7 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com a variável “comportamento sexual”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 72 |
| Tabela 8 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “resultado do teste não treponêmico”, “titulações” e “resultado do teste treponêmico”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 73 |
| Tabela 9 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “classificação clínica”, “esquema de tratamento realizado” e “classificação final do caso”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 74 |
| Tabela 10 – | Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres), conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017. | 79 |
| Tabela 11 – | Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres), conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017..... | 80 |
| Tabela 12 – | Análise dos fatores associados aos antecedentes de sífilis, conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017 | 81 |
| Tabela 13 – | Análise dos fatores associados à classificação clínica, | |

| | | |
|-------------|---|----|
| | conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017 | 82 |
| Tabela 14 – | Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres), conforme a variável “antecedentes de sífilis”. Alfenas, MG, 2017 | 83 |
| Tabela 15 – | Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres), conforme a variável “antecedentes de sífilis”. Alfenas, MG, 2017 | 84 |
| Tabela 16 – | Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres), conforme a variável “classificação clínica”. Alfenas, MG, 2017 | 85 |
| Tabela 17 – | Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres), conforme a variável “classificação clínica”. Alfenas, MG, 2017 | 86 |
| Tabela 18 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “fichas com variável sem preenchimento”, “quantidade de variáveis sem preenchimento por ficha” e “variável sem preenchimento”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) | 87 |
| Tabela 19 – | Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “fichas com | |

preenchimento campo ignorado”, “quantidade de variáveis com preenchimento do campo ignorado” e “variável com preenchimento do campo ignorado”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) 88

Tabela 20 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “fichas com incoerência de dados”, “quantidade de incoerência de dados” e “tipo de incoerência de dados”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) 90

Tabela 21 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com a variável “função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha de investigação”. Alfenas, MG, 2017 (n=294) 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | | |
|---------|---|--|
| Aids | - | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| APS | - | Atenção Primária à Saúde |
| BA | - | Bahia |
| CTA | - | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| CEP | - | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | - | Conselho Nacional de Saúde |
| DNC | - | Doença de Notificação Compulsória |
| DST | - | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ESF | - | Estratégia de Saúde da Família |
| FTA-Abs | - | Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmico Fluorescente |
| HESFA | - | Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis |
| HIV | - | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IBGE | - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IgM | - | Imunoglobulina M |
| IgG | - | Imunoglobulina G |
| IM | - | Intramuscular |
| IST | - | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| IV | - | Intravenosa |
| MG | - | Minas Gerais |
| MS | - | Ministério da Saúde |
| OMS | - | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | - | Organização Pan-americana de Saúde |
| OR | - | <i>Odds ratio</i> (razão de chances) |
| SAE | - | Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids |
| SES | - | Secretaria Estadual de Saúde |
| SINAN | - | Sistema de Informações de Agravos de Notificação |

| | | |
|-----------|---|--|
| SIS | - | Sistema de Informações em Saúde |
| SI-CTA | - | Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento |
| SIG | - | Sistemas de Informações Geográficas |
| SP | - | São Paulo |
| SPSS | - | <i>Statistical Package for the Social Science</i> |
| SRS | - | Superintendência Regional de Saúde |
| SUS | - | Sistema Único de Saúde |
| SVS | - | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| TCUD | - | Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários |
| UDM | - | Unidade de Dispensação de Medicamentos |
| UI | - | Unidades Internacionais |
| UFRJ | - | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UBS | - | Unidade Básica de Saúde |
| UNIFAL-MG | - | Universidade Federal de Alfenas |
| UNIFENAS | - | Universidade José do Rosário Vellano |
| VDRL | - | <i>Veneral Disease Research Laboratory</i> |
| VO | - | Via Oral |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 22 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 28 |
| 3 | OBJETIVOS | 30 |
| 3.1 | Objetivo geral | 30 |
| 3.2 | Objetivo específico | 30 |
| 4 | REVISÃO DA LITERATURA | 31 |
| 4.1 | Aspectos relevantes sobre a sífilis | 31 |
| 4.2 | Notificação Compulsória da Sífilis | 40 |
| 4.3 | Subnotificação e qualidade das notificações da Sífilis | 46 |
| 5 | MÉTODO | 50 |
| 5.1 | Tipo de estudo | 50 |
| 5.2 | Local do estudo | 50 |
| 5.3 | População de estudo | 52 |
| 5.4 | Aspectos éticos | 53 |
| 5.5 | Instrumentos para coleta de dados | 54 |
| 5.6 | Procedimento de coleta de dados | 55 |
| 5.7 | Análise dos dados | 55 |
| 5.7.1 | Elaboração dos mapas temáticos | 55 |
| 5.7.2 | Análise descritiva e estatística | 58 |
| 6 | RESULTADOS | 60 |
| 6.1 | Caracterização das notificações de sífilis adquirida | 60 |
| 6.2 | Elaboração dos mapas temáticos | 75 |
| 6.2.1 | Variável sexo | 75 |
| 6.2.2 | Variável faixa etária..... | 76 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 6.2.3 | Variável escolaridade | 76 |
| 6.2.4 | Variável zona de moradia..... | 77 |
| 6.3 | Análise das associações das variáveis | 78 |
| 6.4 | Análise do preenchimento das fichas de investigação | 86 |
| 7 | DISCUSSÃO | 92 |
| 7.1 | Caracterização das notificações de sífilis adquirida | 92 |
| 7.2 | Análise das associações das variáveis | 105 |
| 7.3 | Análise do preenchimento das fichas de investigação | 119 |
| 8 | CONCLUSÃO | 133 |
| 9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 135 |
| | REFERÊNCIAS | 139 |
| | APÊNDICES | 154 |
| | ANEXOS | 161 |

1 INTRODUÇÃO

Durante o início da graduação em Enfermagem, a docência não foi vista como projeto para o futuro, mas, com o passar do tempo, com as atividades desenvolvidas em grupo, por meio de apresentações de trabalhos, seminários, entre outras incumbências do curso, foi despertando o interesse pelo professorado. E, atualmente, há o desenvolvimento deste trabalho de docência na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), desde o ano de 2012, após a formação na graduação no ano de 2011. Para tal, houve formações complementares, cursando Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública e Gestão em Saúde. Entretanto, faltava ainda o aprofundamento na área da pesquisa e de ensino para acrescentar maior qualidade ao trabalho que vem sendo desenvolvido. Foi assim que surgiu a necessidade e o desejo em buscar a qualificação na Pós-graduação *Stricto Sensu*, nível mestrado acadêmico.

Juntamente às atividades desenvolvidas na área docente, há destaque no trabalho como enfermeira coordenadora do Programa Municipal DST/Aids e Hepatites Virais, no município de Alfenas- MG, o qual, para cursar a tão almejada Pós-graduação *Stricto Sensu*, foi interrompido no início do ano de 2016.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas no referido cargo e ambiente de trabalho, destacam-se as práticas assistenciais de enfermagem como: aconselhamento pré e pós testes sorológicos; testagens rápidas no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); palestras educativas com a temática Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); triagem de pacientes do Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAE); consultas de enfermagem aos pacientes locais (do município) e aos destinados adscritos à área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Alfenas-MG. Eram desenvolvidas também Práticas de Gestão em Saúde como: articulação, administração, gerenciamento, desenvolvimento e toda gestão, interpessoal e multiprofissional, do setor; elaboração do Plano Municipal de Saúde; planejamento, organização, controle e avaliação das ações do serviço; viabilização do desenvolvimento de ações de prevenção das IST; planejamento das compras mensais, semestrais e anuais de todo o Programa.

No início deste trabalho com o referido Programa, o setor não contava com adequada estrutura física para o atendimento dos clientes. Depois de constatada

todas as dificuldades referentes à estrutura física, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde do município, mudou-se para uma nova estrutura em boas condições para oferecer conforto e sigilo aos pacientes do referido serviço, além de aumentar também o contingente de funcionários, formando, assim, a equipe mínima exigida para o atendimento da clientela.

Vale citar que, com as atividades desenvolvidas nesse serviço, houve a impressão, por meio da assistência prestada, de que havia um aumento dos atendimentos de casos suspeitos de sífilis adquirida. Além disso, percebiam-se também dificuldades, por parte dos pacientes, na adesão ao tratamento daquele agravo, principalmente por aqueles sem parcerias fixas, e, muitas das vezes, com mais de um parceiro(a). Era sabido e computado também que muitos desses portadores, em sua grande maioria do sexo masculino, poderiam ser parceiros sexuais de gestantes, aumentando ainda mais o risco da sífilis congênita.

Diante disso, surgiu o interesse em investigar a realidade das notificações de casos dessa clientela específica representada pela população acima de treze anos de idade dos municípios de abrangência da SRS de Alfenas-MG. Essa idade esta preestabelecida pelos indicadores epidemiológicos para o monitoramento da sífilis adquirida utilizados para definir a taxa de detecção dessa doença; sendo assim, a definição de casos de sífilis adquirida, além de seguir as características sintomáticas, assintomáticas, testes treponêmicos e não-treponêmicos, segue também a definição por idade (BRASIL, 2017). E, ainda mais importante, avaliar a subnotificação dos casos de sífilis adquirida e ressaltar a necessidade de se criar novas estratégias para mudar a realidade desse agravo.

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, de transmissão sexual, vertical e sanguínea causada pelo *Treponema pallidum*, patógeno exclusivo do ser humano, do grupo das espiroquetas, descoberto em 1905 (BRASIL, 2014; 2015a).

A origem da sífilis tem sido discutida, há mais de cinco séculos, desde a documentação da primeira epidemia desse agravo, em 1495, na Europa, relacionada com a viagem de Colombo às Américas. Existem relatos de que os povos indígenas do Novo Mundo sofriam de uma doença parecida, que também foi observada em homens da expedição de Colombo (CAIXETA et al., 2014; GARCIA, 2009).

A epidemia da sífilis foi motivo de preocupação mundial, durante o século XIX, devido à falta de medidas efetivas de controle. Assim, na busca por maior conhecimento da doença, os primeiros testes sorológicos foram desenvolvidos no início daquele século e, em 1941, foi evidenciada a ação terapêutica da penicilina na cura, trazendo perspectivas de que alcançassem o controle em curto espaço de tempo (GARCIA, 2009).

Com tais avanços, do diagnóstico e do tratamento, já na segunda metade do século XX foi evidenciada uma tendência de queda na incidência de sífilis, nos Estados Unidos e na Europa. Porém, essa diminuição cessou nos anos 1990, com o aumento nos casos notificados, possivelmente associados à concomitância da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), nos países desenvolvidos (WHO, 2008).

Nos dias atuais, é conhecido que existem fatores relevantes na transmissibilidade da sífilis que estão relacionados a aspectos sociais, biológicos, culturais e, principalmente, comportamentais dos indivíduos que exercem influência na ocorrência da doença e também na procura pelos serviços diagnósticos e de tratamento (SHAH; KARIA; PAWARA, 2015).

Além disso, tal agravo possui uma diversidade de sinais e sintomas, além de diferentes estágios, que podem facilmente induzir a uma confusão diagnóstica com várias doenças, sobretudo com outras IST. Devido a isso, a sífilis pode não ser entendida pelo portador como doença (CAVALCANTE et al., 2012); e ainda existe uma necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado para a importância desse problema atual (GERMANO et al., 2008; PINTO et al., 2014).

Vale ainda mencionar que a sífilis é uma doença de evolução lenta. Quando não tratada, alterna períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas. A infectividade é maior por transmissão sexual nos estágios iniciais, diminuindo com o passar do tempo. Essa maior transmissibilidade se explica pela intensa multiplicação do patógeno e pela quantidade de treponemas nas lesões, comuns nos estágios iniciais. A transmissão por transfusão sanguínea pode ocorrer, mas é rara, devido ao controle realizado atualmente pelos hemocentros. Em gestantes portadoras, a sífilis pode ser transmitida para o feto (sífilis congênita), mais frequentemente intraútero, apesar de poder também ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto (BRASIL, 2015a).

Sua classificação é dividida em três fases: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária. Não havendo tratamento após a sífilis secundária, existem dois períodos de latência: um recente, com menos de um ano, e outro de latência tardia, com mais de um ano de doença (BRASIL, 2014).

Atualmente, a pesquisa da doença no organismo da pessoa é realizada, na maioria das vezes, por meio do *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) e do *Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmico Fluorescente* (FTA-Abs) (NADAL; FRAMIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), para o tratamento da sífilis primária indica-se a penicilina benzatina - 2,4 milhões UI (Unidades Internacionais), em dose única. Na sífilis recente secundária e latente, usa-se a penicilina benzatina - 2,4 milhões UI, que deve ser repetida após uma semana. Já na sífilis tardia, a indicação é de penicilina benzatina 2,4 milhões UI, semanal, durante três semanas. É importante salientar que a infecção pelo *Treponema pallidum* e seu tratamento não conferem imunidade permanente. Por isso, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo patógeno (BRASIL, 2015a).

Portanto, apesar de ter tido o seu agente etiológico descoberto há séculos; da existência de métodos de diagnóstico confiáveis e acessíveis; incluindo, mais recentemente, os testes rápidos; e da terapêutica disponível, com boa relação custo-efetividade, é notório enfatizar que a sífilis persiste como problema de saúde pública (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015).

Cabe elucidar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, publicou uma estimativa de ocorrência de 12 milhões de casos novos de sífilis por ano no mundo, sendo de 2,4 milhões para a América Latina e Caribe (WHO, 2010). No Brasil, são esperados 937.000 casos de sífilis na população sexualmente ativa, a cada ano (BRASIL, 2016a).

Nessa expectativa, para a região Sudeste, foram estimados 359.427 casos, com uma ocorrência de 88.712 em Minas Gerais, sendo que é importante ressaltar que esses são os últimos dados disponíveis no portal do Governo do Estado (MINAS GERAIS, 2008), mas é notório enfatizar a possibilidade de subnotificação e que nas novas publicações referentes aos dados da sífilis, divulgadas nos anos de 2012 e 2015, encontram-se informações somente da sífilis em gestantes e congênita (BRASIL, 2012; 2015b).

Deve-se citar também que a sífilis congênita é uma Doença de Notificação Compulsória (DNC) nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestante, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010 (BRASIL, 2015a). A notificação é feita pela inserção dos dados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), que é responsável por coleta, processamento, análise e interpretação dos dados. As informações por ele reunidas dão suporte às atividades de planejamento, monitorização e avaliação das ações realizadas para o controle das DNC, incluindo as IST, como a sífilis adquirida (BRASIL, 2016b).

A modalidade de vigilância das IST proposta pelo MS tem como base a notificação imediata de doenças específicas. Esse sistema de vigilância epidemiológica foi concebido para ser simples, factível, ágil e consistente, uma vez que não depende de demorados procedimentos diagnósticos e investigativos para realização da notificação (LUZ; PEDROSA, 2005).

Porém, as estimativas globais sobre a frequência de IST, como a sífilis adquirida, sofrem influência pela quantidade e pela qualidade dos dados produzidos em diferentes regiões e pelas limitações de muitos profissionais na compreensão da dinâmica desses agravos (LUZ; PEDROSA, 2005). A confiabilidade dos dados de cada notificação/investigação depende, primeiramente, da habilidade dos profissionais de saúde em diagnosticarem corretamente os agravos notificáveis. Sendo assim, eles devem ser capacitados e ter ciência das normas técnicas ou normatizações, como, por exemplo, a definição de caso (KOMKA; LAGO, 2007).

Segundo Luz e Pedrosa (2005), a maior parte dos profissionais de saúde ainda entendem que a coleta de informações e preenchimento dos instrumentos não passam de burocracia. Tendo em vista atribuições mais importantes e afazeres diários de maior relevância, acabam provocando falhas na abrangência e qualidade dos dados ou simplesmente uma infinidade de papéis preenchidos à mão e encaminhados de um setor ao outro, ocasionando demoras, perdas e erros.

Ademais, esses problemas ainda são agravados pelo fato de não existir rotinas de diagnósticos dos dados digitados no sistema operacional ou para detecção de inconsistências nas notificações, afetando as análises epidemiológicas e, muitas vezes, esses fatos corroboram para a subnotificação de casos. Além disso, pode implicar na impossibilidade de ter conhecimento da grandeza e das implicações relacionados a esse agravo, impedindo a identificação das

necessidades no que diz respeito à oferta de serviços e de recursos humanos e financeiros imprescindíveis para o seu enfrentamento (LUZ; PEDROSA, 2005).

O MS recomenda que os profissionais de saúde, principalmente os médicos e os enfermeiros, estejam aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel primordial no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento, por meio dos serviços de vigilância (BRASIL, 2015a).

As unidades da Rede de Atenção Básica de Saúde estão disponíveis para atendimento de pessoas acometidas com IST, incluindo a sífilis adquirida (GARCIA, 2009). Luz e Pedrosa (2005) enfatizam que os profissionais que realizam tais atendimentos devem estar sensibilizados para o acolhimento e o aconselhamento dos portadores e de seus parceiros sexuais, bem como a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e de preservativos que tornam possível o controle da sífilis adquirida. Entretanto, para que tais objetivos sejam alcançados, essas ações dependem da implementação de um serviço de vigilância epidemiológica eficaz.

Para auxiliar na efetividade desse serviço, é sabido que há a necessidade de estudos voltados para o assunto, mas, de acordo com a OMS, a interpretação e a comparação entre pesquisas de prevalência de IST, em diferentes regiões, apresentam dificuldades e limitações. Isso se deve pelo fato de que muitos desses estudos utilizaram amostras de conveniência (clínicas de IST, gestantes no pré-natal ou com casos encarcerados); o número de indivíduos avaliados às vezes é pequeno e os testes diagnósticos empregados são diferentes em cada região, dentre muitas outras divergências, instaurando-se, assim, uma grande incipiência de contribuições científicas na área (WHO, 2001).

Sendo assim, o desenvolvimento de ações de vigilância da sífilis adquirida deve ser encarado como uma forma tática de enfrentamento à doença. Um serviço bem estruturado, com um funcionamento eficiente e efetivo, estabelecendo normas técnicas, com condições para uniformizar procedimentos e facilitar a comparação de dados, tendo também uma produção de informações de qualidade para determinar estratégias de controle e quebra da cadeia de transmissão do agravo, podem auxiliar no controle efetivo dessa doença.

2 JUSTIFICATIVA

A sífilis ainda é um grande problema de saúde pública. Mesmo com exames diagnósticos e tratamento simplificado, a população ainda encontra dificuldades para acessar o serviço de assistência a esse agravo, talvez pelo receio da discriminação; pela falta de capacitação dos profissionais, assim negligenciando a doença (PINTO, 2014); por fazer parte do quadro de infecções silenciosas, que na maioria das vezes não apresentam sintomas e, quando apresentam, esses desaparecem rapidamente (FERREIRA et al., 2016).

Portanto, quando os portadores e as reinfecções pela sífilis não são tratados adequadamente, o indivíduo pode ter como consequência o risco de resistência bacteriana devido ao uso inadequado do medicamento e a próxima infecção será capaz de progredir para as formas mais graves, sendo a fase secundária e terciária com a condição de não apresentar sinais e sintomas. Ademais, existe o risco da evolução para a doença inflamatória pélvica e infertilidade para mulheres e homens (BRASIL, 2012).

Destaca-se que no Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante na incidência de casos de sífilis adquirida (BRASIL, 2017). Compete aos gestores de políticas públicas de saúde fortalecer as ações para o controle da sífilis, com estratégias de rastreamento, de diagnóstico e de tratamento precoces, impedindo complicações, suavizando a morbidade, visando a melhor qualidade da saúde sexual e reprodutiva da população geral (PINTO, 2014).

Dessa maneira, a OMS recomenda que os usuários dos serviços de saúde recebam informações sobre a sífilis adquirida, suas formas de transmissão, diagnóstico e tratamento, e sejam esclarecidos de que ações de prevenção podem resultar em benefícios importantes para a saúde da população (WHO, 2008). Dessa forma, são necessárias ações direcionadas ao controle da doença, incluindo ações de notificação, de busca ativa, de tratamento adequado e de acompanhamento sorológico para comprovação da cura. Mediante isso, pode-se evidenciar a importância da realização de estudos que forneçam subsídios para propor mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento dessa doença e, por sua vez, na melhor qualidade de vida da população.

Para Luz e Pedrosa (2005), o controle da sífilis é possível, tendo maior êxito com a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica simples e

consistente, que possa contribuir para o entendimento desse agravo, melhorando a assistência prestada aos portadores dessa patologia, por parte dos profissionais da área da saúde, incluindo a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, que assume o papel de liderança nesses serviços de saúde e que também executam a notificação e investigação dos agravos. Proporcionará também que sejam traçadas novas estratégias de Saúde Pública, de modo que toda a população se torne mais esclarecida e segura quanto à patologia e, principalmente, quanto às formas de transmissão e prevenção da sífilis.

Assim, devido serem incipientes os estudos sobre a sífilis adquirida e também ser recente a inserção desse agravo como DNC, o conhecimento do perfil epidemiológico de portadores de sífilis e da situação da notificação dessa doença é importante para a população; para os profissionais da saúde, incluindo os enfermeiros, e para as políticas públicas de saúde. Já que a detecção precoce desse agravo possibilita a oferta de diagnóstico e de tratamento imediato às pessoas acometidas e seus parceiros, e a orientação de práticas de prevenção que podem impedir a progressão da doença, quebrando a cadeia de transmissão.

Dessa forma, deve-se reforçar o argumento da relevância da fidedignidade e utilização dos dados que constituem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Apesar dos avanços que ocorreram nos últimos tempos e das suas vantagens comprovadas, os SIS ainda são fragmentados, incompatíveis e sem capacidade de se comunicar de forma transparente com outros sistemas. Isso poderia ser resolvido com um esforço maior por parte dos profissionais e gestores envolvidos, para que se possam utilizar informações fidedignas, auxiliando, assim, nas estratégias de vigilância em saúde (ARAÚJO et al., 2016).

Então, diante do exposto, salienta-se que o desenvolvimento deste estudo é relevante também pelo fato de poder contribuir para a construção de informações que favoreçam o desenvolvimento de ações conjuntas dos programas de IST, articulados com a Atenção Primária à Saúde (APS), dentro da perspectiva de avanço dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 OBJETIVOS

O presente estudo teve os seguintes objetivos:

3.1 Objetivo geral

Avaliar as notificações dos casos de sífilis adquirida registradas no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis de uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a quantidade de notificações de sífilis adquiridas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017;
- Identificar as variáveis sociodemográficas, os dados clínicos e laboratoriais e a evolução do caso dos sujeitos do estudo;
- Elaborar mapas temáticos dos casos de sífilis adquirida notificados na referida Superintendência Regional de Saúde no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia;
- Verificar se existe associação entre as variáveis referente aos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e zona de moradia) com as variáveis clínicas e laboratoriais (comportamento sexual, antecedentes de sífilis e classificação clínica); a variável antecedentes da sífilis com as variáveis comportamento sexual; e a variável comportamento sexual com a variável classificação clínica;
- Analisar o preenchimento das fichas de investigação de sífilis adquirida no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, segundo os critérios campos não preenchidos, preenchimento do campo ignorado e incoerências de dados.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Serão apresentados em cada seção deste capítulo a revisão da literatura de acordo com cada temática abordada na presente pesquisa.

4.1 Aspectos relevantes sobre a sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa e contagiosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *treponema pallidum*. Sua incidência foi reduzida a partir da introdução da penicilina como tratamento, apesar de ter sofrido um aumento acentuado com o advento da imunodeficiência humana, que se trata de uma infecção causada pelo HIV (REVATHI; BHAT; ASHA, 2011).

A literatura traz que a sífilis foi epidemiologicamente relatada pela primeira vez em 1495, mas sua origem ainda vem sendo pesquisada. Existem controvérsias em três hipóteses diferentes no que diz respeito à origem da sífilis: a primeira seria a Colombiana, que indica que a doença surgiu nas Américas e, posteriormente, levada à Europa pelos exploradores europeus (HARPER et al., 2008). Em relação à segunda hipótese, que se refere à Pré-Colombiana, sugere que a sífilis já existia por todo o Velho Mundo antes do período da grande epidemia, mas não foi diagnosticada de forma correta como as outras doenças. E, por último, a hipótese chamada Unitária, que implica a existência de uma única treponematose que tende a se manifestar de acordo com diferentes condições climáticas e geográficas, e ainda com diversidades culturais de cada população. Sendo assim, de uma maneira uniforme, a doença se distribui por todo o planeta (SILVA, 2014).

Embora existam essas referidas polêmicas, é notório destacar que, no final do século XV, ocorreu uma epidemia gravíssima de sífilis na Europa, quando ela era ainda uma doença desconhecida (SOUZA, 2015). Assim, o termo sífilis passou a existir em 1530, devido a um poema de Girolamo Fracastoro cujo título era “*Syphilis sive morbus gallicus*”, em que o artista apresenta o mito do pastor *Syphilus* que amaldiçoou o Deus Sol e foi punido com a moléstia. Contudo, a denominação sífilis só começou a ser utilizada ao fim do século XVIII (BRANDÃO; SÁ; ASENSI, 2002).

Com o passar do tempo, mais especificamente durante a Idade Moderna, foi constituída toda uma rede de especialistas, os chamados sifilógrafos, para realizar estudos sobre a doença. Analisada por esses especialistas, no aspecto venéreo, a

sífilis retornou como uma ameaça coletiva, ou seja, não era somente a saúde de alguns ou mesmo da população que estava ameaçada, mas também a sociedade, a raça, a nação, a humanidade ou até mesmo a espécie. Os antigos estudiosos asseguram que a doença não existia no Brasil antes da descoberta, dizendo que os brancos eram os grandes responsáveis por seu aparecimento neste país. Eles afirmaram também que eram os negros os maiores responsáveis pela disseminação da sífilis, atribuindo ao fato do comportamento sexual com índias e negras (SOUZA, 2015).

Mas, de acordo com Nadal e Framil (2007), o maior conhecimento sobre o agravo veio no início dos anos 90, quando houve diminuição da incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), possivelmente por meio das medidas de prevenção que culminavam com mudanças nas práticas sexuais, alavancadas pelo elevado número de mortes entre os portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Destaca-se também que a incidência de casos de sífilis vem aumentando em todo o mundo e esse ressurgimento pode estar associado ao comportamento sexual de risco da população, ao aumento do uso de drogas, à facilidade de acesso à internet como meio para procurar e encontrar parceiros sexuais e à falsa impressão de estar seguro associada à melhora clínica dos portadores do HIV em uso dos medicamentos antirretrovirais. Pode-se afirmar, então, que a sífilis é uma IST que pode estar associada à contaminação pelo HIV e, também, pode estar em maior número nesta população (NADAL; FRAMIL, 2007).

Cabe lembrar que, ao longo do tempo, as manifestações clínicas da sífilis se tornaram mais brandas graças ao declínio da virulência do *Treponema pallidum*, a partir do fim do século XIX, após a descoberta da penicilina, havendo a propagação dessa antibioticoterapia destinada ao combate da bactéria. Entretanto, como citado anteriormente, em pacientes portadores do HIV, a apresentação da sífilis pode causar quadros atípicos e de notáveis exuberâncias dos sintomas e complicações (OLIVEIRA; SILVEIRA; NERY, 2012).

A bactéria *Treponema pallidum* é patogênica, tem forma de espiral e não tem membrana celular, sendo envolvida somente por um envelope externo. Por possuir essa estrutura em espiroqueta, possivelmente, a sua rápida disseminação é facilitada, por meio das diversas estruturas do corpo e em poucas horas de infecção local, causando a sífilis adquirida ou lues, como era conhecida nos primeiros anos

de sua descoberta (OLIVEIRA; SILVEIRA; NERY, 2012). Deve-se ressaltar ainda que essa bactéria não é cultivável *in vitro*, que tem o homem como hospedeiro exclusivo e que não sobrevive fora de estruturas teciduais humanas (MARQUES et al., 2009).

A despeito da sobrevivência desse microrganismo, acredita-se ser desnecessária a triagem sorológica da sífilis em doadores de sangue, porque este se torna inviável em bolsas de sangue contendo citrato, depois de 72 horas. Ressalta-se que, nessas condições, o tempo de inativação do *Treponema* depende da carga bacteriana, isto é, quanto maior a carga, maior seria o tempo de estocagem, podendo chegar a até cinco dias. Mas, mesmo com essas informações, a triagem sorológica para a sífilis em doadores de sangue ainda é realizada desde a década de 1950 (SÁEZ-ALQUÉZAR, 2007).

Exatamente por se tratar de uma infecção universal, a transmissão da sífilis pode acontecer principalmente por meio de pequenas fissuras decorrentes das relações sexuais. Também pode ser transmitida na forma vertical por meio da placenta da mãe para o feto, ou, até mesmo, na forma não-venérea por meio da transfusão de sangue (OLIVEIRA; SILVEIRA; NERY, 2012).

No que se refere à sífilis congênita, dá-se devido ao resultado de uma disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum* em mulheres grávidas, não tratadas ou tratadas inadequadamente, ao feto, via transplacentária ou também como resultado do contato entre as lesões genitais da mãe com o recém-nascido por meio do canal de parto. A infecção do embrião pode acontecer em qualquer momento da gestação, particularmente durante as fases da doença nas quais ocorre a maior circulação das espiroquetas. Com isso, pode ocasionar um aborto e, em muitos casos, a morte fetal ou até mesmo a morte neonatal, acarretando também o nascimento de crianças com essa doença, resultando em sífilis congênita precoce ou tardia (RODRIGUES et al., 2016).

Vale destacar que, mesmo após tantos avanços, esta forma da doença ainda é um grande problema de saúde pública. Todavia, pode ser prevenida e controlada, desde que as mulheres sejam adequadamente e precocemente diagnosticadas e prontamente tratadas durante o período do pré-natal. De todos os infortúnios da sífilis congênita, a morte fetal é seguramente a mais comum, estando diretamente associada à qualidade do atendimento durante o pré-natal e ao interesse dessa gestante em se tratar (CARDOSO et al., 2016).

E no que se pode referir à contaminação não-venérea, da denominada sífilis endêmica, esta não tem sido mais relatada, assim como o contágio de profissionais da saúde, após o exame clínico das lesões infecciosas. O contágio por meio de transfusão de sangue, considerado no momento como virtualmente inexistente, pode voltar a ocorrer, uma vez que também na sífilis ocorre a janela imunológica, ou seja, o período em que os anticorpos específicos ainda não são detectados (MARQUES et al., 2009).

Andrade et al. (2014) destacam que a transmissão por contato sexual é com certeza a forma de contágio mais frequente. O que pode beneficiar esse evento é a presença de lesões cutaneomucosas, que por sua vez propiciam a penetração do agente transmissor da doença em relações sexuais sem o uso do preservativo e com uma pessoa infectada com este micro-organismo. Outro fator facilitador é a fase em que se encontra a doença, ou seja, quanto mais avançado é o estágio, maior é a carga bacteriana.

Outra causa favorável para o aumento da transmissibilidade são os comportamentos e estilos de vida da população relacionados à saúde, que embora sejam fortemente influenciados por condições econômicas, culturais, étnicas, raciais, psicológicas e outros, são também entendidos como determinantes sociais proximais, e essa determinação é utilizada devido estes estarem mais próximos e suscetíveis de controle e modificação por parte das pessoas (BRASIL, 2008). Para descrever essa relação entre os diferentes fatores que influenciam a determinação da saúde, a literatura traz alguns exemplos de modelo para esses fins, sendo um desses modelos o de Dahlgren e Whitehead (CARVALHO, 2013).

Pode ser verificado nesse modelo que os determinantes sociais e de saúde estão organizados em diferentes níveis, sendo que, no centro do modelo, estão os indivíduos, com suas características individuais. Nos níveis subsequentes, em ordem crescente estão os fatores relacionados com os estilos de vida, as redes de apoio sociais e comunitárias; e em um nível mais distal estão os macrodeterminantes, relacionados com aspectos econômicos, ambientais e culturais da população geral (CARVALHO, 2013).

Para além disso, as redes sociais e comunitárias presentes no modelo citado anteriormente são indispensáveis para a saúde da sociedade no que tange ao ambiente de trabalho, ou seja, serviços adequados para o atendimento das IST, incluindo a sífilis adquirida, e também a educação em saúde. Com isso, proporcionar

uma capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem, o diagnóstico, o tratamento e as notificações/investigações dos portadores dessa doença, fazendo com que a assistência ao indivíduo seja realizada de forma adequada para que haja a diminuição da transmissibilidade da sífilis e outras IST.

Dessa forma, para que a doença não alcançasse índices tão significativos de comprometimento da saúde do indivíduo portador, seria necessário que o teste diagnóstico específico estivesse disponível nos serviços de saúde vinculados à Atenção Básica (CAVALCANTE et al., 2012).

Ademais, a maioria das unidades de saúde têm uma capacidade resolutiva ainda pequena e trabalham com consultas pré-agendadas, não tendo condições de reconhecer uma IST sintomática como atendimento de emergência. Esse fato pode trazer sérias implicações, uma vez que pode ocorrer o desaparecimento dos sintomas dessas doenças, fazendo com que o paciente acredite na cura sem ao menos ter passado pela fase terapêutica. Sustenta-se, assim, a infecção que avança para formas crônicas graves, principalmente no que diz respeito à sífilis adquirida (ANDRADE et al., 2014).

Nesse caso a história da doença é caracterizada por três períodos de atividade (sífilis primária, secundária e terciária); e períodos de latência, a sífilis latente. Esta também pode ser classificada como precoce, quando o diagnóstico acontece durante os primeiros 12 meses da infecção, ou tardia, quando o indivíduo está doente há mais de 12 meses (NORIEGA et al., 2016).

É necessário ressaltar que na fase primária, que aparece a lesão característica da doença, o cancro duro, ou protossifiloma, que é o local de penetração do *Treponema pallidum*, o qual pode estar associado a um linfadenomegalia regional, indolor, não-supurativo, que pode ser uni ou bilateral (NORIEGA et al., 2016).

Pode-se inferir que o período de incubação nesta fase é de 10 dias a 3 meses. De 2 a 3 semanas após a inoculação do *Treponema pallidum*, ocorre uma treponemia e aparece uma lesão em forma de pápula, única, discreta, ulcerada, indolor, limpa, de fundo liso, avermelhado e forte, base dura e com bordas elevadas, firmes e endurecidas. Múltiplas ulcerações são raramente observadas, sendo que, na maior parte dos casos, os cancros são únicos. Normalmente são situados nos órgãos genitais externos (feminino ou masculino), e, em algumas vezes, no colo do útero, e até mesmo no períneo, no reto, ou na boca. Quando não tratado, o cancro

desaparece em algumas semanas, resultando em uma pequena cicatriz (AIRES, 2007).

Sendo assim, na fase secundária da sífilis, ela se apresenta em várias manifestações na pele dos indivíduos infectados, como erupções cutâneas, maculopapular, papular, macular e papular anelar, de coloração avermelhada a rosada em pacientes de pele mais clara e marrom em indivíduos com pele escura, com limites entre 5 a 10 mm, comumente encontrados em tronco e extremidades. Após esse processo, podem aparecer lesões eritematosas papulares que, em sua maioria, evoluem para necrose, disseminadas nas palmas das mãos e planta dos pés. Essas manifestações também podem ocorrer no pênis, na vulva, no ânus e no reto, com alta carga de treponema e extremo poder de infectividade (LAGUADO; GARCÍA, 2011).

Entretanto, as alterações ungueais raramente acontecem, mas a hipótese não é totalmente afastada. O cancro sífilítico, por muitas das vezes, provoca um processo inflamatório ungueal e/ou subungueal. Geralmente, a sífilis secundária progride com surtos que espontaneamente regridem ou são interrompidos por prolongados períodos de latência, sendo, pois, caracterizada como sífilis latente (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Quase 30% dos casos desenvolvem a forma terciária, caracterizada pelo envolvimento cutâneo com nódulos, lesões ulcerativas, tubérculos e/ou gomas (NORIEGA et al., 2016).

E, por fim, para Bittencourt et al. (2016), a sífilis terciária ou tardia é uma doença sistêmica que pode ocorrer em três a cinco anos após a infecção primária, podendo afetar vários órgãos, principalmente pele, coração e sistema nervoso central. Destaca-se que pode causar lesões mucocutâneas, cardíacas, oftálmicas, neurológicas ou ósseas, sendo a pele o órgão mais afetado, e seu aspecto pode ser diferenciado dependendo do seu nível de envolvimento, caracterizando o comprometimento hipodérmico ou dermoepidérmico.

Sendo assim, a fase terciária da doença pode ser classificada em dois tipos: a granulomatosa, a qual se apresenta como nódulos subcutâneos firmes e indolores que, posteriormente, causam ulcerações; e a forma nodular, que consiste em nódulos eritematosos endurecidos, também indolores, que podem acontecer em qualquer local da pele, isoladamente ou se juntando, a fim de formar placas. Cabe enfatizar que, na atualidade e com o acesso à antibioticoterapia, é raro encontrar casos de sífilis terciária. Esse fato, acrescido à escassez de relatos na literatura nos

últimos tempos, tem ocasionado a ausência de familiaridade com os dados clínicos e histopatológicos característicos dessa fase da doença (BITTENCOURT et al., 2016).

Cabe considerar que a sífilis tem um amplo espectro clínico, que inclui principalmente as lesões. O diagnóstico muitas vezes é de difícil conclusão, sendo que, em grande maioria, acontece apenas por meio dos achados clínicos. É importante mencionar que essa doença pode simular várias hipóteses diagnósticas como infecções inflamatórias e neoplásicas. Grande parte das vezes, as lesões são resolvidas rapidamente, quando a sífilis é tratada de forma adequada, mas podem acontecer recidivas, uma vez que a cura da sífilis não confere imunidade e uma pessoa pode contrair a infecção pelas várias vezes a que a ela for exposta (BITTENCOURT et al., 2016).

Nesse sentido, para o diagnóstico da sífilis, os testes podem ser utilizados para triagem ou para diagnóstico, desde que a anamnese e o exame físico sejam feitos criteriosamente. Para a escolha desses diferentes testes, é imprescindível que sejam consideradas as diferentes fases da doença. Em se tratando da sífilis primária, o diagnóstico laboratorial pode ser realizado pela pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro, pelos métodos de coloração ou pela imunofluorescência direta, em amostras de lesões, aspirado de linfonodo e/ou material de biopsia. Nessa fase, os anticorpos começam a ser detectados no sangue cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro. Cabe destacar que, nesse início de infecção, os testes imunológicos podem não se apresentar reativos (BRASIL, 2016c).

Por isso, a partir dos dez primeiros dias após o aparecimento do cancro e em qualquer das outras fases da doença, são utilizados para diagnóstico os testes não-treponêmicos, que detectam anticorpos que não são específicos para *Treponema pallidum*, porém estão presentes na sífilis. Se um teste não-treponêmico é positivo, com titulação $\geq 1:8$, o mesmo soro é testado novamente, mas dessa vez o teste deve ser treponêmico, como o FTA-Abs, mais específico e sensível do que o VDRL (CAVALCANTE; AMARAL, 2014).

Em consonância, Cavalcante e Amaral (2014) mencionam que, em razão de a janela imunológica da sífilis ser mais delimitada, o resultado pode estar positivo alguns dias após o aparecimento da primeira lesão, o cancro duro. Se o FTA-Abs for positivo, assim será sua permanência para o resto da vida, mesmo após o tratamento e a cura do paciente. Isso acontece porque, quando existe a cura da

infecção, o sistema imunológico deixa de produzir anticorpos do tipo Imunoglobulina M (IgM) e passa a produzir imunoglobulinas G, conhecidas como IgG. Este é um anticorpo de memória, que permanece presente no sangue pelo resto da existência daquele indivíduo, que um dia fora infectado pela sífilis.

Em contrapartida, os valores do VDRL baixam progressivamente após o tratamento e a cura, e pode ou não se tornar negativo com o passar do tempo. Ressalta-se também que o VDRL é usado para rastreio da doença e o FTA-Abs para sua confirmação diagnóstica. Com isso, VDRL positivo e FTA-Abs positivo confirmam o diagnóstico de sífilis; VDRL positivo e FTA-Abs negativo indicam outra doença que não sífilis; VDRL negativo e FTA-Abs positivo indicam sífilis em fase bem inicial, sífilis já curada ou sífilis na fase terciária; e VDRL negativo e FTA-Abs negativo descartam o diagnóstico de sífilis (CAVALCANTE; AMARAL, 2014).

Visto que a sífilis em sua fase terciária pode estar acompanhada por complicações, não sendo somente a pele seu órgão-alvo, mas também órgãos internos, o diagnóstico deve ter como base a investigação de amostras provenientes dos órgãos nos quais haja suspeita de acometimento da infecção (BRASIL, 2016c). Portanto, um conhecimento abrangente sobre esse agravo é importante para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado para a doença (NORIEGA et al., 2016).

Em função disso, para tratar a sífilis, é utilizada a penicilina como o medicamento de escolha. Na sífilis primária, na secundária e na latente recente, devendo esta ter até um ano de duração, o tratamento deve ser realizado com a penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, via intramuscular (IM) e em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Pode ser usada a Doxiciclina 100 mg, via oral (VO), 2 vezes ao dia, por 15 dias. Ressalva-se que essa medicação não deve ser usada em gestantes. A ceftriaxona 1 grama, na via intravenosa (IV) ou IM, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não-gestantes pode ser utilizada como tratamento alternativo (BRASIL, 2015a).

Conforme o MS, na sífilis latente tardia com mais de um ano de duração ou latente com duração ignorada e na sífilis terciária deve-se usar como tratamento a penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo, semanalmente e por três semanas. Pode ser usada a doxiciclina 100 mg, VO e 2 vezes ao dia, por 30 dias, destacando que não deve ser prescrito para gestantes. A ceftriaxona 1 grama, IV ou IM, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias pode ser usada em

gestantes e não-gestantes como tratamento alternativo. Mas, em se tratando da Neurosífilis, usa-se a penicilina cristalina, 18 a 24 milhões UI/dia, IV, e deve ser administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. Em caso da necessidade de outro tratamento alternativo, usa-se a ceftriaxona 2 gramas, IV ou IM, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias (BRASIL, 2015a).

É importante mencionar que os pacientes tratados com os medicamentos devem ser acompanhados com o teste não-treponêmico, em intervalos mais curtos, pelo menos a cada 60 dias e as gestantes, mensalmente, considerando a indicação de possível retratamento. Isso pode acontecer quando houver aumento de titulações nos testes não-treponêmicos em duas diluições, por exemplo, 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado (BRASIL, 2015a).

Deve-se considerar que, mesmo com todos esses avanços no tratamento, nos últimos tempos, um aumento da taxa de incidência da doença foi notado em vários países, associada a uma modificação nos comportamentos sexuais de risco da população. Destaca-se que nos Estados Unidos a taxa de detecção anual de sífilis primária e secundária aumentou de 2,1 para 5,3 casos por 100.000 habitantes durante o período de 2000 a 2013 (NORIEGA et al., 2016).

De acordo com a OMS, essa doença atinge mais de 12 milhões de indivíduos no mundo. O MS estima que no Brasil exista de 10 a 12 milhões de novos casos curáveis de IST por ano, com 937 mil casos somente de sífilis. Os dados nacionais mostram que a incidência da sífilis adquirida no ano 2004 foi de 8,7 casos para cada 100.000 habitantes, havendo um aumento nos últimos anos, uma vez que a estimativa da OMS, em 2012, foi de 937.000 casos na população brasileira sexualmente ativa (CAVALCANTE; AMARAL, 2014).

Nesse sentido, o Boletim Epidemiológico da Sífilis divulgou que, no período de 2010 a junho de 2016, foram notificados um total de 227.663 casos de sífilis adquirida, dos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste. Só no ano de 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 65.878, dos quais 37.056 (56,2%) eram residentes na região Sudeste. Nesse mesmo período, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,7 casos de sífilis adquirida por 100 mil habitantes, destacando que essa taxa foi superada pela região Sudeste que teve 55,7 casos por 100 mil habitantes. Dos casos de sífilis adquirida notificados, observa-se que 136.835 (60,1%) são em homens (BRASIL, 2016d).

Cabe observar também que 55,6% dos casos de sífilis adquirida notificadas no Brasil, no ano de 2015, estão na faixa etária de 20 a 39 anos. Em Minas Gerais, o número de casos desse agravo para cada 100 mil habitantes foi de 49 casos em 2010, ou seja, 0,3%; em 2011, 771 casos (4,8%); no ano de 2012, foram diagnosticados 1.541 casos (9,6%); em 2013, um total de 2.253 casos (14,0%); já em 2014, foram diagnosticados 3.340 casos, ou seja, 20,7% desses indivíduos; em 2015, 5.371 casos (33,4%); e, por fim, no ano de 2016, um total de 2.243 novos casos, visto que esta última informação foi analisada até junho de 2016 (BRASIL, 2016d). Há grande dificuldade em verificar dados atuais sobre a sífilis adquirida, porquanto esses só foram citados no Boletim Epidemiológico Brasileiro pela primeira vez no ano de 2016, mesmo sendo um agravo de notificação compulsória desde 2010. Ressalta-se, ainda, que pode haver o risco de subnotificação dos casos, dificultando ainda mais a demonstração da real situação da doença no país.

Sendo assim, mediante esses dados apresentados, pode-se constatar um aumento nos casos de sífilis adquirida notificados no país e no Estado de Minas Gerais, no período de 2010 a 2016. Destaca-se dessa maneira a grande importância da efetivação, por parte dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, na notificação compulsória desse agravo.

4.2 Notificação Compulsória da Sífilis

Há muitos anos, vêm sendo desenvolvidas uma gama de pesquisas em torno da real efetividade dos modelos assistenciais praticados no país, no âmbito dos princípios do SUS. O que se pode dizer sobre os principais modelos que existiam no país é que tinham disposições institucionais e organizacionais. Diante disso, existia uma baixa efetividade na atenção à saúde, sendo assim os pesquisadores da época entraram num consenso ao afirmarem que o sistema de saúde brasileiro precisava reorganizar o modelo tradicional existente e procurar condições para que essa forma de assistência estivesse mais próxima do indivíduo, fazendo com que o modelo assistencial se tornasse mais humanizado e resolutivo (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Dentre as principais propostas para essa reorganização, no intuito de instaurar um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, pode-se citar a vigilância em saúde, que tem por finalidade a observação e análise constantes da

condição de saúde da população, mantendo-se articulada em um contingente de ações propostas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações de territórios predeterminados. Isso permite fazer com que a integralidade da atenção seja garantida, sendo que esta deve abranger tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. Sendo assim, no que diz respeito ao ponto de vista técnico-operacional, a vigilância em saúde facilita a reorganização do processo de trabalho ao estabelecer o território como conceito fundamental (BRASIL, 2010a).

Mas, para tal, a vigilância em saúde é composta pela integração das atividades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, para a prestação de uma atenção expandida, porém estas não se constituem nas principais atividades relacionadas da mesma (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). Então, sob esse aspecto, a vigilância epidemiológica vem trazendo um conjunto de ações que viabilizam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer alteração nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, tendo como finalidade indicar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos à saúde. Para fins de seguir essa finalidade tem como funções: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados; publicação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados; recomendações e promoção das medidas de controle (BRASIL, 2010a). Sendo assim, a notificação dos agravos é de suma importância para o serviço de vigilância epidemiológica.

Dessa forma, a notificação compulsória de doença ou agravo à saúde pode ser entendida como a comunicação feita por profissional de saúde ou qualquer cidadão, analisada pelas autoridades sanitárias/epidemiológicas. É notório enfatizar que a confiabilidade dessa notificação depende da capacidade dos profissionais de saúde em diagnosticar corretamente esses agravos; mas, para tal, eles devem ser capacitados e ter conhecimento das normas técnicas ou normatizações. A definição de caso é um bom exemplo disso, uma vez que possibilita a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para descrever a ocorrência desse evento (KOMKA; LAGO, 2007).

Com relação à sífilis adquirida, cabe destacar que ela se tornou um agravo de notificação compulsória apenas em 2010, por intermédio da Portaria MS n. 2.472,

publicada em 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2016b). A sífilis congênita já era uma DNC, juntamente com a Aids, desde 1986, por meio da Portaria MS n. 542. Depois, mais precisamente em 2005, o MS passou a considerar também a sífilis na gestação como um dos agravos de notificação compulsória, justamente com o principal objetivo de implementação de ações de controle da transmissão vertical dessa doença e evitar os novos casos de sífilis congênita no país, o que ocorreu por meio da Portaria MS n. 33, de 14 de julho de 2005 (KOMKA; LAGO, 2007).

Assim, para tornar essas informações acessíveis às esferas de Governo, existem, então, os SIS, que são os sistemas que armazenam dados obtidos de diferentes fontes e os codificam de maneira sintética, porém detalhada. Dentre eles, o mais importante e que merece ser destacado neste estudo é o SINAN, que é utilizado quando se trata de doenças de notificação, já que, no Brasil, existem patologias de notificação compulsória e outras de notificação optativa. Neste contexto, pode-se citar como exemplo quando ocorre algum acidente de trabalho e é aberto um processo trabalhista, configurando-se o agravo à saúde, porém a notificação não é compulsória. Entretanto, caso haja um caso de sífilis positiva, este dever ser notificado e constará no SINAN, mantendo obrigatoriamente o sigilo da identidade do paciente (OLIVEIRA; NUCCI, 2015).

Lettieri (2008) com suas colocações permite compreender que, para que haja investigação epidemiológica efetiva, a coleta de dados é uma peça fundamental, que deve ser realizada para cada DNC a ser investigada. Para isso, existe um instrumento específico de coleta de dados individual, que é a ficha de investigação, a qual possui campos para preenchimento de dados sociodemográficos do paciente (nome, endereço, telefone, raça, ocupação etc), clínicos (sintomas do agravo), laboratoriais (resultados de exames) e epidemiológicos peculiares de cada doença; além de um campo para anotação das observações do investigador.

Para tanto, existe uma normativa do MS com o fim de orientar os procedimentos para a realização das investigações das DNC. Vale mencionar que, quando é realizada uma notificação, os técnicos devem proceder à investigação, tendo em mãos as fichas específicas por agravo. Se acontecer um período de tempo muito longo entre a data da notificação e a data dos primeiros sintomas, isso pode constituir um atraso nas ações de investigação epidemiológica, consequência da demora do paciente em buscar a assistência médica, e implicar em atraso nas

medidas de controle a serem adotadas e também na menor oportunidade do encerramento do caso (LETTIERI, 2008).

Todavia, para o preenchimento dessas fichas de investigação dos agravos ser realizado de forma correta, é necessário conhecê-las. Com isso, as unidades federadas deverão utilizar o modelo padronizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS específica para cada agravo de notificação compulsória ou de interesse nacional. Consequentemente, deverão ser percorridos os seguintes passos para o adequado preenchimento das fichas de investigação, como apresentado no Quadro 1 (BRASIL, 2007):

Quadro 1 - Passos para o adequado preenchimento das fichas de investigação em geral.

| Passos para o adequado preenchimento das fichas de investigação em geral | |
|---|---|
| A | Deve ser preenchida para os agravos de notificação compulsória e de interesse nacional, passíveis de investigação |
| B | Deve receber a mesma numeração de Ficha de Notificação correspondente ao caso |
| C | O preenchimento da Ficha de Investigação deve ser iniciado no momento do primeiro atendimento pelo profissional que levantar a hipótese diagnóstica. Em seguida, deve se observar o fluxo estabelecido pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal |
| D | As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar campos em branco |
| E | O não-preenchimento dos campos obrigatórios específicos de cada agravo inviabilizará a inclusão dos casos no sistema. Os campos obrigatórios de cada ficha de investigação constam no instrucional de preenchimento ou no dicionário de dados de cada ficha |
| F | As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal antes do encaminhamento para inclusão no sistema |
| G | A digitação deve ser realizada pelo primeiro nível informatizado, devendo a primeira via ser arquivada |
| H | O encerramento dos casos deve ser feito de acordo com os critérios de confirmação ou descarte de cada agravo, constante do Manual de Vigilância Epidemiológica Nacional, conforme prazo estabelecido |
| I | As Fichas de Investigação deverão ser encaminhadas para o primeiro nível informatizado para que ocorra o primeiro processamento de dados, mesmo que os dados pertinentes para encerramento de casos ainda não estejam disponíveis |
| J | Após o recebimento das informações complementares, as fichas deverão ter o preenchimento completado e serem encaminhadas novamente para que seja digitado o encerramento dos casos |
| OBSERVAÇÕES: Considera-se a data de notificação como sendo aquela de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a da coleta de material para exame laboratorial ou da evidência clínica. | |

Fonte: BRASIL, 2007.

Para a sífilis adquirida, segue-se no Quadro 2 o modo adequado para preenchimento e os respectivos campos numerados na própria ficha de investigação (BRASIL, 2010b):

Quadro 2 - Modo adequado para preenchimento das fichas de investigação da sífilis adquirida e campos numerados na própria ficha.

| Número do campo | Modo adequado para preenchimento dos campos na ficha de investigação da sífilis adquirida |
|-----------------|---|
| 31 | Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando o paciente estiver desempregado |
| 32 | Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado |
| 33 | Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado |
| 34 | Informar o comportamento sexual |
| 35 | Resultado do teste de sorologia não-treponêmica indicada para triagem |
| 36 | Informar a titulação do teste não-treponêmico |
| 37 | Informar a data da coleta do teste não-treponêmico |
| 38 | Resultado do teste treponêmico |
| 39 | Registrar a classificação clínica para sífilis: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3 - sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática, o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas. |
| 40 | Esquema de tratamento: - Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); - Sífilis secundária e a latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões U.I. - Sífilis latente tardia e a terciária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I. |
| 41 | Informar a data do início do tratamento |
| 42 | Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o indivíduo com sorologia treponêmica reagente. Somente se considera descartado com sorologia treponêmica não-reagente. |

Fonte: BRASIL, 2010b.

Para fins de vigilância no nível local é importante atentar para as evidências de outras IST, abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão e considerando uma abordagem consentida (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto sobre notificação compulsória de determinados agravos, como, por exemplo, a sífilis adquirida, cabe abordar alguns aspectos relacionados à subnotificação dos casos; assim como a análise do preenchimento e das informações contidas nos casos notificados.

4.3 Subnotificação e qualidade das notificações da Sífilis

A existência de dados epidemiológicos é muito importante no controle e no combate aos agravos, uma vez que favorecem a análise dos dados e podem demonstrar a situação relacionada à doença naquele momento em determinado território. Ter acesso a informações de boa qualidade sobre os agravos e as doenças é indispensável, uma vez que um SIS se denota de uma série de processos que se propõe a capturar, a processar, a transformar, a armazenar e a produzir informações reais. Sendo assim, um SIS representa uma forma articulada para a obtenção de informações necessárias, a fim de possibilitar o desenvolvimento de novas estratégias em saúde, que viabilizem melhorias nas condições de planejamento das ações voltadas para a área da saúde (SANTOS et al., 2014).

Então, para esse fim, o MS está incorporando nas últimas décadas esses SIS que vêm sendo referenciados como ferramentas de suma importância para o diagnóstico de situações de saúde no Brasil, tendo uma finalidade de determinar intervenções compatíveis com as necessidades da população brasileira (SANTOS et al., 2014). Mas o grande desafio na área da saúde brasileira está na necessidade da articulação entre os gestores dos diversos sistemas de informação, trabalhando para o estabelecimento de uma rotina de disponibilização de dados dos diversos SIS existentes no país para atender às necessidades e demandas dos serviços no que diz respeito, principalmente, à confiabilidade desses dados e ao cruzamento de informações entre os SIS. Seguindo esse raciocínio, para melhorar essa situação indesejável do SIS, é indispensável investir em treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros (RODRIGUES; MOTA, 2016).

De acordo com os mesmos autores, para o presente estudo, no qual o SIS abordado é o SINAN, faz-se necessário citar que este ainda apresenta diversas limitações e dificuldades no preenchimento e na digitação dos dados das notificações/investigações, o que interfere diretamente na qualidade das informações ofertadas por esse sistema. No que tange a esta temática, vale

referenciar principalmente a falta de preenchimento adequado dos campos e a situação de encerramento de cada caso notificado, fazendo com que haja dificuldades na verificação da duplicidade de informações e até mesmo na produção de subnotificações. Tal situação abrange todos os agravos de notificação compulsória, e não seria diferente com a sífilis adquirida.

Então, para que haja um melhor entendimento dessa condição atual da sífilis adquirida diante do SINAN, vale abordar um pouco sobre os indicadores do MS que servem para fornecer subsídios para entender melhor a situação da doença no país. Porém, eles enfatizam mais os dados relativos à sífilis congênita, deixando, geralmente, um vácuo no que se refere à sífilis adquirida. Isso pode ser justificado devido à dificuldade no diagnóstico, já que a sífilis possui uma longa fase sem apresentar sintomas aparentes, ou mesmo em sua fase primária ser confundida com outras IST e/ou pela subnotificação desses casos, principalmente da sífilis adquirida (ANDRADE et al., 2014).

Vale ressaltar que de acordo com Segurado, Cassenote e Luna (2016) a subnotificação existe por uma série de fatores, e estes colaboram para que ela ocorra, em maior ou menor grau. A gravidade do quadro da doença pode ser um fator colaborador, uma vez que o indivíduo pode decidir não procurar um serviço de saúde, caso esteja no início da infecção, pensando que esta venha se curar sozinha, ou até mesmo pelo medo de relatar seu agravo aos profissionais. Com isso, se esse indivíduo resolve procurar por atendimento, o seu caso pode ser notificado ou não.

É importante ressaltar que habitualmente a cultura de muitos profissionais de saúde do Brasil não valoriza o registro de informações. A maioria dos profissionais dos serviços de saúde encaram a notificação como um simples ato de "burocracia", algo inútil e que os faz "perder tempo". Uma das iniciativas mais importantes para reduzir a subnotificação no país foi a implantação da rede de Núcleos de Epidemiologia Hospitalar. Uma das atribuições desses núcleos é a busca sistemática de casos suspeitos de DNC atendidos pelas unidades hospitalares (SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

Ao saber da magnitude dos problemas que esses fatos podem ocasionar, cabe ressaltar que os números estão ficando subestimados, uma vez que a não-notificação dos casos é uma realidade em muitos países, incluindo o Brasil. Mencionando a sífilis congênita como referência, devido à insuficiência de pesquisas e dados sobre sífilis adquirida, tem-se que na América Latina estima-se a

subnotificação de 34% no Peru, 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela. No Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados. Esses dados mostram carências importantes na qualidade dos serviços e da assistência prestada a essa clientela, além de não colaborar com novas estratégias de saúde referentes ao tema em estudo (COSTA et al., 2013).

Ainda nesse contexto, destaca-se que a subnotificação de agravos é uma irregularidade que deixa o encadeado do sistema de saúde brasileiro totalmente vulnerável, resultando em perdas substanciais, uma vez que as doenças subnotificadas estabelecem risco à saúde da população. O ato de não notificar DNC tem implicações ético-legais incontestáveis, cria entraves desnecessários ao aprimoramento das estatísticas sociais e futura promoção de estratégias de controle. Então, é necessária a apuração das raízes da subnotificação, contribuindo assim para a melhoria da saúde pública brasileira (BONAMIGO; SOARES, 2015).

Neste sentido, de acordo com Silva et al. (2016), para se ter acesso aos números, é necessário que haja qualidade nos dados do SIS. Essa qualidade corresponde à sua acessibilidade, à clareza metodológica, à cobertura, à completitude, à confiabilidade, à consistência, à não-duplicidade, à oportunidade e à validade. A duplicidade, cobertura, completitude e confiabilidade estão relacionadas à ausência de erros das informações mencionadas nas notificações. Os registros repetidos e a falta de correção são obstáculos graves à qualidade dos dados de notificação, podendo gerar superestimação dos coeficientes de incidência e de prevalência da doença.

A partir dessa reflexão, é necessário enfatizar que a duplicidade de dados acontece quando o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez pela mesma unidade ou outro estabelecimento de saúde, para o mesmo agravo, sem estar no quadro de recidiva da doença. Esse é um clássico exemplo que evidencia que a qualidade dos dados epidemiológicos no SINAN ou em qualquer outro SIS é imprescindível para se obter subsídios para traçar adequadamente novas estratégias de saúde e, conseqüentemente, a erradicação da doença (SILVA et al., 2016).

É notável que a completitude dos campos da investigação de um determinado agravo seja comprometida se a notificação não é acompanhada de investigação ou

se os dados não são coletados ou digitados corretamente. Cabe enfatizar também que as carências no preenchimento dos campos da ficha de investigação epidemiológica da doença afetam diretamente a qualidade e a autenticidade das informações disponíveis. Sendo assim, torna-se indispensável o monitoramento minucioso da qualidade dos dados nos bancos do SINAN, devendo ser analisada a completitude dos campos, a consistência entre os dados e as duplicidades que possam existir (OLIVEIRA et al., 2009).

Para isso, deve haver um investimento em capacitações e sensibilização dos profissionais responsáveis pelas notificações e pela digitação dos dados no SINAN dos municípios. Essa atividade é importante também para aumentar o percentual de casos com encerramento oportuno e melhorar a qualidade dos dados fornecidos neste SIS (ASSIS; AMARAL; MENDONÇA, 2014).

De acordo com os mesmos autores, geralmente as fichas de notificação ou de investigação estão com a grande parte dos campos em branco, casos inconclusivos, inconsistências de informações, entre outros problemas que podem ser encontrados no SINAN, caracterizando, dessa forma, dados de má qualidade. Esses problemas sinalizam uma necessidade de avaliação sistemática da informação coletada e digitada, antes da entrada de dados no sistema e da realização da transcrição dessas informações para as esferas estadual e federal.

Por fim, é notório destacar que a notificação de doenças proporciona um meio fundamental para cuidar adequadamente da saúde da população. Entretanto, pode existir a ausência de informações da população em geral e até mesmo dos profissionais de saúde em torno das peculiaridades clínicas das doenças. Pode faltar também o conhecimento sobre o sistema de notificação vigente no país, fazendo com que o funcionamento desse sistema fique comprometido. Com isso, esses profissionais de saúde devem ser qualificados e a sociedade em geral educada, uma vez que podem contribuir para que as notificações sejam realizadas corretamente e com qualidade, sendo peça fundamental para a prevenção e o controle de epidemias e agravos (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

5 MÉTODO

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico para a realização do presente estudo.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, de abordagem quantitativa. Os estudos descritivos, para Gil (2002), são aqueles que têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, levantamento de suas opiniões, atitudes e crenças por meio da identificação da existência de relações entre variáveis, com a possibilidade de determinar a natureza dessas relações. As investigações analíticas são realizadas com vistas a averiguar a associação entre a exposição e uma doença ou condição; esta, relacionada à saúde (COSTA; BARRETO, 2003).

Estudo transversal é definido quando o fator e o efeito são analisados em um mesmo momento histórico (APPOLINÁRIO, 2004). A abordagem quantitativa busca a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise da frequência e, quando possível, correlações estatísticas (CHIZZOTTI, 2003).

5.2 Local do estudo

O local de estudo consistiu-se de uma SRS do Sul de Minas Gerais, sendo que a pesquisa foi desenvolvida no setor de responsabilidade técnica pelas IST dessa Superintendência, com sede em Alfenas/MG.

A cidade de Alfenas tem 147 anos, possui população estimada de aproximadamente 79.222 pessoas, considerada o núcleo urbano de bastante importância na região sul-mineira, tradicionalmente agropastoril e grande centro produtor de café. O município conta quinze ESF (uma rural e quatorze urbanas) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Ambulatório Aparecida, Ambulatório São Vicente e Ambulatório Dr. Plínio Prado Coutinho), que atendem na área da Atenção Básica e mais algumas especialidades, como, por exemplo, dermatologia,

neurologia, ortopedia, oftalmologia, pneumologia, ginecologia, pediatria, clínica médica e otorrinolaringologia (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2017).

Contudo, é importante mencionar que o número de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no referido município ainda é insuficiente para atender toda a população. Os hospitais Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e Hospital Universitário Alzira Vellano são as instituições do município que atendem a população por meio do SUS, outros convênios e particular; já o Hospital Imesa atende pacientes via particular e outros convênios, com natureza jurídica de entidade empresarial (CNES, 2017).

Na perspectiva de combater os agravos sexualmente transmitidos, o Governo federal, criou, em 1986, o Programa Nacional de IST/Aids, que formula políticas, diretrizes e estratégias que orientam ações de promoção de saúde, de prevenção e de assistência frente a essas doenças. As linhas de atuação do Programa são a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os direitos humanos. Na área de prevenção, são trabalhadas as estratégias que incentivam o uso do preservativo, seringas descartáveis, acidentes com material perfurocortante e a realização de testagens rápidas para HIV, Sífilis, hepatites B e C (BRASIL, 2017).

Sendo assim, em Alfenas-MG, o Programa foi inaugurado no ano de 2003, e estão incorporados o SAE, o CTA e a Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM). Esse serviço é o maior responsável por diagnóstico, assistência, tratamento e notificação da sífilis em toda a regional de saúde.

O referido município é considerado polo de saúde, sendo a referência própria e para os demais 25 municípios que, juntos, congregam a microrregião de Alfenas, com o total de aproximadamente 445.979 habitantes, população estimada para 2016, a saber: Alfenas (79.222 hab.), Alterosa (14.494 hab.), Arceburgo (10.478 hab.), Areado (14.851 hab.), Bandeira do Sul (5.708 hab.), Botelhos (15.323 hab.), Cabo Verde (14.314 hab.), Campestre (21.417 hab.), Campo do Meio (11.867 hab.), Campos Gerais (28.970 hab.), Carmo do Rio Claro (21.400 hab.), Carvalhópolis (3.563 hab.), Conceição da Aparecida (10.339 hab.), Divisa Nova (6.050 hab.), Fama (2.424 hab.), Guaranésia (19.360 hab.), Guaxupé (52.108 hab.), Juruaia (10.235 hab.), Machado (41.651 hab.), Monte Belo (13.449 hab.), Muzambinho (21.021 hab.), Nova Resende (16.540 hab.), Paraguaçu (21.486 hab.), Poço Fundo (16.841 hab.), São Pedro da União (4.944 hab.) e Serrania (7.804 hab.) (IBGE, 2016).

A apresentação do mapa contemplando os 26 municípios da SRS de Alfenas está representado na Figura 1.

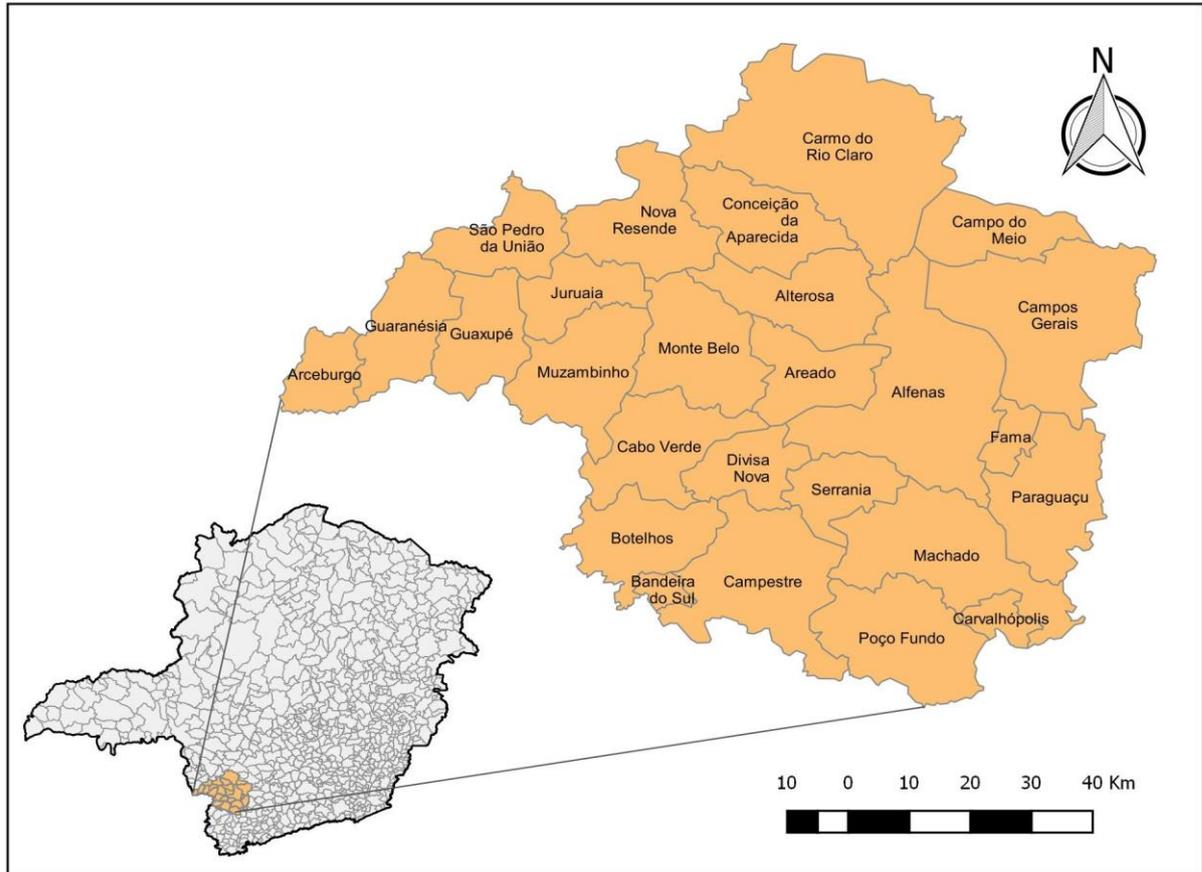


Figura 1 - Mapa com os respectivos municípios que compõem a Superintendência Regional de de Alfenas.

Fonte: Elaboração da autora.

Dentre todas essas informações, vale destacar uma característica da cidade que é possuir duas universidades, sendo elas Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), pública e privada, respectivamente, que formam vários profissionais na área de saúde (UNIFENAS, 2017; UNIFAL, 2017).

5.3 População de estudo

A população de estudo compreendeu e adotou como critério de inclusão todos os casos de sífilis adquirida notificados na referida SRS, acompanhados da ficha de investigação, dos municípios pertencentes à microrregião estudada, no período de

janeiro de 2010 a junho de 2017. Cabe destacar que esse período foi escolhido porque a notificação da sífilis adquirida iniciou no ano de 2010 e foram incluídas as notificações até junho de 2017, uma vez que os dados das notificações referentes ao segundo semestre de 2017 só estariam encerrados/disponibilizados a partir do início de 2018, e o período de coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2017.

5.4 Aspectos éticos

Devido à utilização de dados secundários obtidos por meio das fichas de investigação com os dados pessoais devidamente omitidos anteriormente ao escaneamento das mesmas, aplica-se a esta pesquisa a Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) devido à não-ocorrência do contato direto com os indivíduos, mantendo-se, mesmo assim, todos os preceitos da ética e do sigilo de dados (BRASIL, 2013).

Atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e dispõe sobre as documentações exigidas para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (BRASIL, 2013), foram encaminhados à referida SRS o Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) (APÊNDICE B) e Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE C), para a apreciação e aprovação pelo servidor responsável.

Após a autorização pelo órgão responsável, tais documentações, juntamente com o projeto de pesquisa, foram submetidos à Plataforma Brasil e encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas para apreciação, recebendo parecer aprovado sob o número 2.197.263 (CAAE 69049017.0.0000.5142) (ANEXO A).

Por se tratar de estudo documental, relata-se risco mínimo devido ao acesso às informações de pacientes diagnosticados com sífilis adquirida, notificados no SINAN e registrados no Departamento de IST de uma SRS do Sul de Minas Gerais. Cabe informar que os pesquisadores não tiveram acesso aos dados pessoais desses indivíduos; portanto, o sigilo dos dados foi mantido, conforme descrito no TCUD.

Como benefícios, ressalta-se que devido ser incipiente os estudos sobre a sífilis adquirida e também ser recente a inserção deste agravo como DNC, o conhecimento do perfil epidemiológico de portadores de sífilis e da situação da notificação da mesma é importante para a população; para os profissionais da saúde, incluindo os enfermeiros, e para as políticas públicas de saúde. Uma vez que a detecção precoce deste agravo possibilita a oferta de diagnóstico e de tratamento imediato às pessoas acometidas e seus parceiros, e a orientação de práticas de prevenção que podem impedir a progressão da doença, quebrando a cadeia de transmissão. Salienta-se que o desenvolvimento deste estudo é relevante também pelo fato de poder contribuir para a construção de informações que favoreçam o desenvolvimento de ações conjuntas dos programas de IST, articulados com a APS, dentro da perspectiva de avanço dos princípios e das diretrizes do SUS.

5.5 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados para a coleta de dados dois instrumentos. O primeiro foi desenvolvido pelos pesquisadores (APÊNDICE D), baseado na ficha de investigação para sífilis adquirida, da Secretaria Estadual de Saúde (SES) (ANEXO B). Ele avaliou dados sociodemográficos do sujeito, contendo as seguintes variáveis: município de notificação, ano de notificação, ano de diagnóstico, idade, sexo, raça/cor, escolaridade, município de residência, zona de moradia, ocupação. Nele, também foram contempladas variáveis sobre os dados clínicos e laboratoriais, a evolução do caso, por meio das seguintes variáveis: antecedentes de sífilis, comportamento sexual, resultado dos exames para teste não-treponêmico e teste treponêmico, classificação clínica, esquema de tratamento realizado e classificação final do caso.

O segundo instrumento, também desenvolvido pelos pesquisadores, analisou o preenchimento das fichas de investigação da sífilis adquirida, por meio dos seguintes critérios: campos não preenchidos, preenchimento do campo “ignorado” e incoerências de dados (APÊNDICE E).

Cabe destacar que não foi necessário realizar o processo de refinamento dos instrumentos, assim como o teste-piloto, uma vez que a ficha de investigação da sífilis adquirida é preconizada pela SES, contemplando as variáveis mencionadas

anteriormente. Dessa forma, restaram impossibilitadas quaisquer alterações, uma vez que a coleta foi de dados secundários e oriundos dessas fichas.

5.6 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio das fichas de investigação de sífilis adquirida que foram solicitadas pela SRS aos municípios pertencentes à microrregião estudada. Essas fichas foram escaneadas com os dados pessoais de cada paciente devidamente ocultados para impossibilitar qualquer tipo de identificação e, posteriormente, enviadas via *e-mail* para a referida SRS. Em posse dessas fichas na SRS, foram extraídas as informações e, posteriormente, elas foram registradas no instrumento elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE D), o qual, após o preenchimento completo, ficou em posse dos pesquisadores para posterior análise dos dados.

Para análise do preenchimento das fichas de investigação da sífilis adquirida, que considerou os critérios “campos não preenchidos”, “preenchimento do campo ignorado” e “incoerências de dados”, os pesquisadores utilizaram como referenciais para análise desses critérios o Manual do SINAN, o Manual do SINAN da ficha de investigação da sífilis adquirida, o Protocolo Clínico, Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST e o Manual técnico para diagnóstico da sífilis (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2015c; BRASIL, 2016c). Todas essas informações referentes à análise do preenchimento das fichas foram registradas no Apêndice E.

5.7 Análise dos dados

5.7.1 Elaboração dos mapas temáticos

A apresentação dos mapas temáticos ocorre fundamentada em dados brutos dos bancos de dados, para uma melhor demonstração dos fatores ligados às epidemias ou agravos. Com isso, gera possibilidades para a tomada de decisão nas propostas públicas de controle e de prevenção dos surtos epidemiológicos na saúde pública. Os mapas proporcionam didaticamente elementos visíveis do espaço e, por

possuir uma base física codificada por meio de sinais e combinações, sua interpretação é facilitada. Nesse sentido, o geoprocessamento é a disciplina do conhecimento que usa técnicas matemáticas e computacionais para o tratamento de informação geográfica, influenciando de forma progressiva várias áreas e acima de tudo a Saúde Pública. Assim, o geoprocessamento permite a rápida apresentação desses mapas (BALUZ, 2010).

Para tal, as técnicas de geoprocessamento vêm sendo utilizadas no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, além de estarem sendo consideradas como poderosos instrumentos na análise das relações entre o ambiente e eventos ligados à saúde. Dessa forma, o geoprocessamento pode ser empregado no diagnóstico dinâmico de propagação espacial das doenças e suas relações com o ambiente, contando com uma elevada resolução gráfica na análise da condição de saúde de populações e na identificação de regiões e grupos com risco de enfermidades (MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010).

À vista disso, o espaço passou a ser analisado com rigor, trazendo importante contribuição para estudos epidemiológicos e para a atuação dos serviços de saúde (STEPHAN; HENN; DONALISIO, 2010). Para esta análise, utiliza-se programas de computador que permitem o uso de informações cartográficas (mapas, cartas topográficas e plantas) que aplicadas à saúde pública permitem o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planejamento de ações e a verificação das redes de atenção, favorecendo a ampliação do acesso ao saber e o desenvolvimento tecnológico, científico e social (BALUZ, 2010).

Nesse contexto, os mapas temáticos apresentam a distribuição espacial de uma grandeza geográfica e expressam de forma qualitativa os dados obtidos a partir de levantamento de campo (MEIRELES; ALMEIDA; SILVA, 2009). A partir daí, são alimentados por uma base de informações constituída e desenvolvidos com os Sistemas de Informações Geográficas (SIG), que podem auxiliar os gestores e as equipes de saúde na administração dos dados territoriais e no planejamento de ações de saúde, por permitirem atualizações constantes dos dados, além de propiciar a manipulação e a análise das informações geradas (MÜLLER; CUBAS; BASTOS, 2010).

No presente estudo, foi utilizado o SIG, denominado *ArcGis*, versão 10.5, e os mapas foram elaborados utilizando as malhas/bases cartográficas disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2015).

Dessa maneira, para a elaboração dos mapas temáticos dos casos de sífilis adquirida notificados na referida SRS foram utilizados mapas, separados de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia, abrangendo o período de janeiro de 2010 a junho de 2017. Para que essas variáveis fossem demonstradas com maior clareza, foram apresentadas por meio de dicotomização: sexo (masculino x feminino), faixa etária (até 35 anos x 36 anos e mais), escolaridade (analfabeto a ensino fundamental completo x ensino médio incompleto a superior completo) e zona de moradia (urbana x rural/periurbana). Isso permitiu com que os mapas ficassem mais limpos, com finalidade de melhor leitura e interpretação.

Vale mencionar que se optou por representar as variáveis nos mapas em um único período (de janeiro de 2010 a junho 2017), uma vez que alguns municípios não tiveram notificações em alguns anos e, assim, ficariam lacunas nos mapas, com alguns municípios sem informações das notificações. Ressalta-se também que se decidiu por utilizar, para apresentação nos mapas temáticos, somente as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia, uma vez que essas são variáveis de caracterização do sujeito e que permitiriam compreender o perfil dos casos de sífilis adquirida em cada município. Com isso, poder confrontar esses dados com a literatura, na tentativa de melhor entendimento da ocorrência da sífilis adquirida nessas variáveis de caracterização. Sendo assim, a apresentação de alguns dados, por meio de mapas temáticos, cumpriu um propósito meramente descritivo de apresentação gráfica dos resultados.

A Figura 2 demonstra a malha dos 26 municípios pertencentes à SRS com os 11 municípios que notificaram, investigaram e enviaram as fichas dos casos de sífilis adquirida.

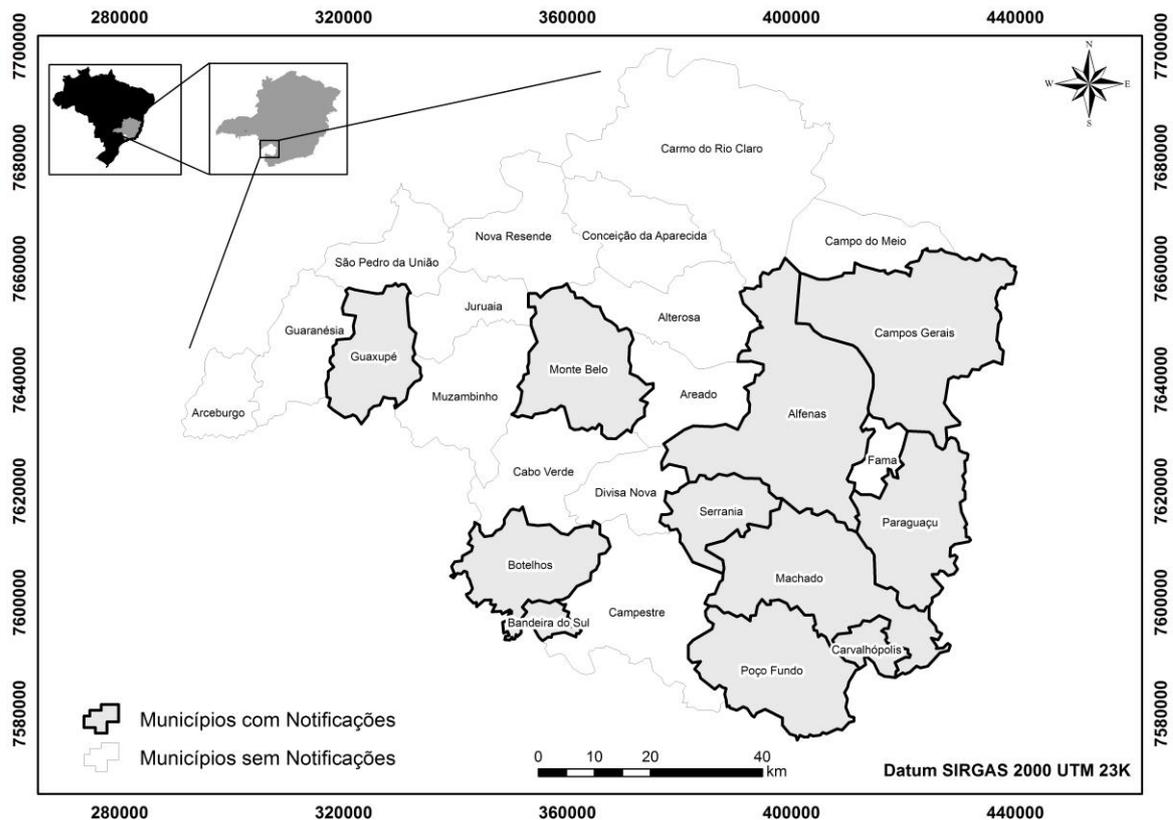


Figura 2 - Mapa com os respectivos municípios que notificaram, investigaram e enviaram as fichas casos de sífilis adquirida à Superintendência Regional de Saúde.

Fonte: Elaboração da autora.

5.7.2 Análise descritiva e estatística

Após a coleta, os dados foram lançados em uma planilha do MS-Excel, versão 2010, para elaboração do banco de dados. Este foi efetuado em dupla digitação a fim de evitar erros de transcrição. Posteriormente, utilizou-se para análise estatística descritiva e inferencial o *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0.

Cabe destacar que não foi necessário efetuar o teste de normalidade neste estudo, uma vez que foi possível dicotomizar as variáveis necessárias para a realização das análises estatísticas e associação.

Para as análises foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com o fim de verificar se existe associação entre as variáveis referentes aos dados sociodemográficos (faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia) com as variáveis clínicas e laboratoriais (comportamento sexual, antecedentes de sífilis e classificação clínica); a variável antecedentes da sífilis com

a variável comportamento sexual; e a variável comportamento sexual com a variável classificação clínica.

Para facilitar a análise estatística dos dados e das associações, este estudo reagrupou/recodificou algumas variáveis em categorias. Esse reagrupamento foi feito considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original. Dessa forma, foram realizadas as seguintes dicotomizações: faixa etária (até 35 anos x 36 anos e mais), sexo (masculino x feminino), escolaridade (analfabeto a ensino fundamental completo x ensino médio incompleto a superior completo), zona de moradia (urbana x rural/periurbana), antecedentes de sífilis (sim x não), comportamento sexual (relações sexuais com homens x relações sexuais com homens e mulheres e relações sexuais com mulheres x relações sexuais com homens e mulheres) e classificação clínica (primária/secundária x terciária/latente).

Para este estudo foi adotado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados serão estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

Após as análises, estimou-se o *Odds ratio* (razão de chances) (OR) das variáveis avaliadas, com o intervalo de confiança de 95%.

A apresentação dos resultados foi realizada por meio de tabelas constando valores absolutos e percentuais, as variáveis numéricas idade e resultado de exame (título) com estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo) e a inferencial, além da apresentação de algumas variáveis por meio de mapas temáticos.

6 RESULTADOS

Neste capítulo foram apresentados os resultados do presente estudo. Para tanto, o capítulo foi estruturado em três seções: na primeira seção é mostrada a caracterização das notificações de sífilis adquirida; na segunda é feita a análise do preenchimento das fichas de investigação; e a terceira seção é constituída da elaboração dos mapas temáticos.

6.1 Caracterização das notificações de sífilis adquirida

Nesta seção foram apresentadas as análises descritivas das variáveis estudadas referentes à caracterização das notificações de sífilis adquirida. Para isso, a Tabela 1 atende ao primeiro objetivo específico deste estudo, cujo intuito foi identificar a quantidade de notificações de sífilis adquiridas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, para cada município da microrregião.

Tabela 1 - Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, para cada município da microrregião. Alfenas - MG, 2017 (n= 294)

| Município | Notificações/ investigações no SINAN | Notificações/ investigações enviadas para a SRS | Notificações/ investigações enviadas apenas com o not conclui | Notificações/ investigações com ficha de investigação |
|---------------------------|---|--|--|--|
| Alfenas | 207 | 188 | 00 | 188 (64%) |
| Alterosa | 01 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Arceburgo | 05 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Areado | 00 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Bandeira do Sul | 06 | 05 | 00 | 05 (1,7%) |
| Botelhos | 06 | 06 | 00 | 06 (2 %) |
| Cabo Verde | 01 | 01 | 01 | 00 (0 %) |
| Campestre | 00 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Campo do Meio | 00 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Campos Gerais | 02 | 02 | 00 | 02 (0,7%) |
| Carmo do Rio Claro | 01 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Carvalhópolis | 03 | 03 | 00 | 03 (1 %) |
| Conceição da Aparecida | 01 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Divisa Nova | 02 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Fama | 00 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Guaranésia | 04 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Guaxupé | 35 | 31 | 00 | 31(10,6%) |
| Juruáia | 01 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Machado | 39 | 15 | 00 | 15 (5,1%) |
| Monte Belo | 10 | 10 | 00 | 10 (3,4%) |
| Muzambinho | 00 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Nova Resende | 00 | 00 | 00 | 00 (0 %) |
| Paraguaçu | 43 | 43 | 16 | 27 (9,2%) |
| Poço Fundo | 05 | 05 | 04 | 01 (0,3%) |
| São Pedro da União | 02 | 02 | 02 | 00 (0 %) |
| Serrania | 06 | 06 | 00 | 06 (2%) |
| Total | 380 | 318 | 23 | 294 (100,0%) |

Fonte: Elaboração da autora.

Pelos dados da Tabela 1 pode-se constatar que no referido período foram notificados, no SINAN, 380 casos de sífilis adquirida, referentes aos 26 municípios da microrregião de saúde de Alfenas-MG.

Das 380 notificações/investigações presentes no SINAN, foram enviadas para a SRS um total de 318 casos de notificações. Vale mencionar que os municípios Alterosa (01 caso), Arceburgo (05 casos), Carmo do Rio Claro (01 caso), Conceição da Aparecida (01 caso), Divisa Nova (02 casos), Guaranésia (04 casos) e Juruáia (01 caso) apresentaram casos de notificação, porém não encaminharam as respectivas fichas para a SRS.

Ainda referente aos dados da mesma tabela, verificou-se que os municípios Alfenas (19 casos), Bandeira do Sul (01 caso), Guaxupé (03 casos) e Machado (14 casos) não enviaram algumas fichas de investigação. Enquanto que os municípios Cabo Verde (01 caso), Paraguaçu (16 casos), Poço Fundo (04 casos) e São Pedro da União (02 casos) enviaram para a SRS apenas com a ficha not concluí.

Para melhor compreensão destas informações, é importante destacar que o SINAN, não possui as fichas de investigação em sua completude. As fichas de investigação com dados completos para a verdadeira averiguação do caso só existem fisicamente, ou seja, os municípios são orientados quanto ao seu preenchimento completo, mas ela não é utilizada para ser digitada no SINAN. Este sistema não possui os campos necessários para preenchimento de todas as variáveis presentes na ficha de investigação, uma vez que é digitado no programa de informação somente as variáveis presentes nas fichas denominadas not concluí (data da investigação, classificação final do caso, critério de confirmação/descarte, local provável da fonte de infecção, estado, país, município, bairro, doença relacionada ao trabalho, evolução do caso, data do óbito e data de encerramento).

Mediante essas colocações e para responder aos objetivos do presente estudo optou-se por trabalhar com as fichas de investigação, uma vez que elas possuem todas as variáveis relacionadas à caracterização do sujeito, dados clínicos e laboratoriais e evolução do caso.

Dessa forma, pode-se constatar que no referido período foram enviadas para a SRS 294 notificações com fichas de investigação, sendo que o município com maior número de casos notificados foi Alfenas, 188 casos (64%), seguido de Guaxupé, 31 casos (10,6%), e Paraguaçu, 27 casos (9,2%) (TABELA 1).

Cabe destacar que os municípios de Areado, Campestre, Campo do Meio, Fama, Muzambinho e Nova Rezende não tiveram casos notificados, no SINAN, de sífilis adquirida no período de estudo (TABELA 1).

Em continuidade, para atender ao segundo objetivo específico (identificar as variáveis sociodemográficas, os dados clínicos e laboratoriais e a evolução do caso dos sujeitos do estudo), foram elaboradas as Tabelas 2 a 10.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação às variáveis município de notificação, ano de notificação e ano de diagnóstico.

Tabela 2 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “município de notificação”, “ano de notificação” e “ano de diagnóstico”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | f | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Município de notificação | | |
| Alfenas | 188 | 63,9 |
| Guaxupé | 31 | 10,5 |
| Paraguaçu | 27 | 9,2 |
| Machado | 15 | 5,1 |
| Monte Belo | 10 | 3,4 |
| Botelhos | 6 | 2,0 |
| Serrania | 6 | 2,0 |
| Bandeira do Sul | 5 | 1,7 |
| Carvalhópolis | 3 | 1,0 |
| Campos Gerais | 2 | 0,7 |
| Poço Fundo | 1 | 0,3 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Ano de notificação | | |
| Não preenchido* | 2 | 0,7 |
| 2011 | 7 | 2,4 |
| 2012 | 23 | 7,8 |
| 2013 | 37 | 12,6 |
| 2014 | 39 | 13,3 |
| 2015 | 68 | 23,1 |
| 2016 | 69 | 23,5 |
| 2017 | 49 | 16,7 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Ano de diagnóstico | | |
| Não preenchido* | 11 | 3,7 |
| 2011 | 7 | 2,4 |
| 2012 | 24 | 8,2 |
| 2013 | 38 | 12,9 |
| 2014 | 37 | 12,6 |
| 2015 | 66 | 22,4 |
| 2016 | 65 | 22,1 |
| 2017 | 46 | 15,6 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

A maioria das notificações tiveram ocorrência no município de Alfenas, sendo 63,9% (188) das investigações enviadas para a SRS. O ano de notificação com maior frequência foi o de 2016, com 23,5% (69) das investigações. Em referência ao ano de diagnóstico dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados, constatou que houve maior predomínio de diagnóstico em 2015, com 22,4% (66) das investigações (TABELA 2).

Com relação à idade dos indivíduos diagnosticados com sífilis adquirida, e notificados e investigados, a média foi de 30,73, a mediana de 28,00, o desvio padrão de 11,81, o mínimo de 8 anos e o máximo de 70 anos de idade.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação às variáveis faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade.

Tabela 3 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “raça/cor” e “escolaridade”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | F | % |
|---|----------|----------|
| Faixa etária | | |
| Não preenchido | 5 | 1,7 |
| Até 19 anos | 46 | 15,6 |
| De 20 a 35 anos | 162 | 55,1 |
| De 36 a 50 anos | 54 | 18,4 |
| 51 anos e mais | 27 | 9,2 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Não preenchido | 9 | 3,1 |
| Masculino | 203 | 69,0 |
| Feminino | 82 | 27,9 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Raça/cor | | |
| Não preenchido | 9 | 3,1 |
| Branca | 157 | 53,4 |
| Parda | 83 | 28,2 |
| Preta | 38 | 12,9 |
| Amarela | 1 | 0,3 |
| Indígena | 1 | 0,3 |
| Ignorado | 5 | 1,7 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Escolaridade | | |
| Não preenchido | 26 | 8,8 |
| Analfabeto | 5 | 1,7 |
| 1° a 4° série incompleta do EF (antigo primário ou 1° grau) | 22 | 7,5 |
| 4° série completa do EF (antigo primário ou 1° grau) | 16 | 5,4 |
| 5° a 8° série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1° grau) | 54 | 18,4 |
| Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1° grau) | 34 | 11,6 |
| Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2° grau) | 25 | 8,5 |
| Ensino médio completo (antigo colegial ou 2° grau) | 58 | 19,7 |
| Educação Superior incompleta | 13 | 4,4 |
| Educação Superior completa | 8 | 2,7 |
| Ignorado | 32 | 10,9 |
| Não se aplica | 1 | 0,3 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Destaca-se que, na maioria das investigações analisadas, a faixa etária de maior frequência foi a de 20 a 35 anos, denotando 55,1% (162) das fichas. O sexo de maior ocorrência foi o masculino, com 69,0% (203) dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados. Com referência à raça/cor, a maioria é branca, correspondendo a 53,4% (157) das investigações. Quanto à escolaridade, em grande parte das investigações os indivíduos notificados e investigados possuem ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), com um total de 19,7% (58), conforme demonstrado na Tabela 3.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação às variáveis município de residência e zona de moradia.

Tabela 4 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “município de residência” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2018 (n=294)

| Variáveis | F | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Município de residência | | |
| Não preenchido | 8 | 2,7 |
| Alfenas | 129 | 43,9 |
| Paraguaçu | 32 | 10,9 |
| Guaxupé | 31 | 10,5 |
| Machado | 21 | 7,1 |
| Serrania | 14 | 4,8 |
| Monte Belo | 12 | 4,1 |
| Botelhos | 8 | 2,7 |
| Fama | 7 | 2,4 |
| Carvalhópolis | 5 | 1,7 |
| Bandeira do Sul | 4 | 1,4 |
| Arceburgo | 3 | 1,0 |
| Campos Gerais | 3 | 1,0 |
| Poço Fundo | 2 | 0,7 |
| São Gonçalo do Sapucaí | 2 | 0,7 |
| Alterosa | 1 | 0,3 |
| Arcos | 1 | 0,3 |
| Areado | 1 | 0,3 |
| Bueno Brandão | 1 | 0,3 |
| Campestre | 1 | 0,3 |
| Campo do Meio | 1 | 0,3 |
| Carmo do Rio Claro | 1 | 0,3 |
| Divisa Nova | 1 | 0,3 |
| Jacareí | 1 | 0,3 |
| Lavras | 1 | 0,3 |
| Monsenhor Paulo | 1 | 0,3 |
| São Paulo | 1 | 0,3 |
| Sete Lagoas | 1 | 0,3 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Zona de moradia | | |
| Não preenchido | 3 | 1,0 |
| Urbana | 261 | 88,8 |
| Rural | 25 | 8,5 |
| Periurbana | 5 | 1,7 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Ao analisar o município de residência de cada indivíduo notificado e investigado, é possível ressaltar que grande parte deles residiam em Alfenas, correspondendo a 43,9% (129) das investigações. Referente à zona de moradia, observa-se maior frequência para a zona urbana, sendo que esta corresponde a 88,8% (261) da amostra investigada, de acordo com a Tabela 4.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação à variável ocupação.

Tabela 5 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com a variável “ocupação”. Alfenas, MG, 2017 (n=294).

| Ocupação | F | % |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Não preenchido | 45 | 15,3 |
| Do lar | 34 | 11,6 |
| Serviços Gerais | 30 | 10,2 |
| Estudante | 28 | 9,5 |
| Trabalhador (a) rural | 27 | 9,2 |
| Desempregado (a) | 22 | 7,5 |
| Pedreiro (a) | 13 | 4,4 |
| Vendedor (a) | 12 | 4,1 |
| Autônomo (a) | 10 | 3,4 |
| Administrativo | 6 | 2,0 |
| Cabeleireiro (a) | 5 | 1,7 |
| Caminhoneiro (a) | 5 | 1,7 |
| Costureiro (a) | 5 | 1,7 |
| Técnico (a) de Enfermagem | 5 | 1,7 |
| Vigilante | 4 | 1,4 |
| Mecânico (a) | 3 | 1,0 |
| Professor (a) | 3 | 1,0 |
| Profissional do sexo | 3 | 1,0 |
| Servidor (a) público | 3 | 1,0 |
| Taxista | 3 | 1,0 |
| Artesão (ã) | 2 | 0,7 |
| Cozinheiro (a) | 2 | 0,7 |
| Frentista | 2 | 0,7 |
| Pescador (a) | 2 | 0,7 |
| Pintor (a) | 2 | 0,7 |
| Açougueiro (a) | 1 | 0,3 |
| Analista de Laboratório | 1 | 0,3 |
| Aposentado (a) | 1 | 0,3 |
| Carpinteiro (a) | 1 | 0,3 |
| Cuidador (a) | 1 | 0,3 |
| Dentista | 1 | 0,3 |
| Eletricista | 1 | 0,3 |
| Enfermeiro (a) | 1 | 0,3 |
| Esteticista | 1 | 0,3 |
| Funileiro (a) | 1 | 0,3 |
| Garçom | 1 | 0,3 |
| Gerente de produção | 1 | 0,3 |
| Gesseiro (a) | 1 | 0,3 |
| Gestor (a) ambiental | 1 | 0,3 |
| Manicure | 1 | 0,3 |
| Padeiro (a) | 1 | 0,3 |
| Salva vidas | 1 | 0,3 |
| Técnico (a) de Segurança do trabalho | 1 | 0,3 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Por meio da Tabela 5, é possível notar que a maior frequência dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados declararam a ocupação do lar, representando 11,6% (34) da população investigada, seguidos da ocupação em serviços gerais, com 10,2% (30) dos casos.

A Tabela 6 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação às variáveis antecedentes de sífilis e tratamento realizado.

Tabela 6 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “antecedentes de sífilis” e “tratamento realizado”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | f | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Antecedentes de sífilis | | |
| Não preenchido | 11 | 3,7 |
| Não | 210 | 71,4 |
| Sim | 39 | 13,3 |
| Ignorado | 34 | 11,6 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Tratamento realizado* | | |
| Sim | 30 | 76,9 |
| Não | 7 | 17,9 |
| Ignorado | 2 | 5,1 |
| Total | 39 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Somente fichas que possuíam preenchimento do campo “sim” para variável antecedente de sífilis.

De acordo com as fichas de investigação analisadas, uma parcela dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados tiveram antecedentes de sífilis, 13,3% (39). Destes, a maioria realizou o tratamento para a enfermidade, correspondendo a 76,9% (30) dos portadores (TABELA 6).

A Tabela 7 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação à variável comportamento sexual.

Tabela 7 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com a variável “comportamento sexual”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Comportamento sexual | F | % |
|--|------------|--------------|
| Não preenchido | 18 | 6,1 |
| Relações sexuais com homens | 120 | 40,8 |
| Relações sexuais com mulheres | 110 | 37,4 |
| Relações sexuais com homens e mulheres | 16 | 5,4 |
| Ignorado | 30 | 10,2 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Ao avaliar as fichas de investigação conforme a variável comportamento sexual, observado na Tabela 7, verificou-se uma maior frequência de casos de sífilis adquirida notificados e investigados em indivíduos que mantêm relações sexuais com homens, representando 40,8% (120) da população estudada.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação às variáveis resultado do teste não-treponêmico, titulações e resultado do teste treponêmico.

Tabela 8 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “resultado do teste não treponêmico”, “titulações” e “resultado do teste treponêmico”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | F | % |
|---|-----|-------|
| Resultado do Teste não treponêmico | | |
| Não preenchido | 18 | 6,1 |
| Reagente | 256 | 87,1 |
| Não Reagente | 5 | 1,7 |
| Não realizado | 14 | 4,8 |
| Ignorado | 1 | 0,3 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Titulações* | | |
| Não preenchido | 21 | 8,2 |
| Titulação 1 ao 8 | 87 | 34,0 |
| Titulação 16 | 44 | 17,2 |
| Titulação 32/36 | 46 | 18,0 |
| Titulação 64 | 42 | 14,3 |
| Titulação 128 ou mais | 16 | 6,3 |
| Total | 256 | 100,0 |
| Resultado do Teste treponêmico | | |
| Não preenchido | 36 | 12,2 |
| Reagente | 156 | 53,1 |
| Não Reagente | 13 | 4,4 |
| Não realizado | 70 | 23,8 |
| Ignorado | 19 | 6,5 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora

Nota: *Somente fichas que possuíam preenchimento do campo reagente para a variável Resultado do teste não-treponêmico.

Em consonância com os dados da Tabela 8, verificou-se que 87,1% (256) dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados possuem resultado do teste não-treponêmico reagente. Dentre eles, constatou-se que 34,0% (87) apresentam titulação de 1 ao 8, e 6,3% (16) com titulação de 128 ou mais. Verificou-se também que, quanto ao resultado do teste treponêmico, 53,1% (156) das fichas de investigação possuíam resultado reagente.

Com relação ao título dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados, a média foi de 6,08, a mediana de 6,00, o desvio padrão de 2,625, o mínimo de 1 e o máximo de 13.

A Tabela 9 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação às variáveis classificação clínica, esquema de tratamento realizado e classificação final do caso.

Tabela 9 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “classificação clínica”, “esquema de tratamento realizado” e “classificação final do caso”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | f | % |
|--|----------|----------|
| Classificação clínica | | |
| Não preenchido | 43 | 14,6 |
| Primária | 76 | 25,9 |
| Secundária | 36 | 12,2 |
| Terciária | 89 | 30,3 |
| Latente | 22 | 7,5 |
| Ignorado | 28 | 9,5 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Esquema de Tratamento realizado | | |
| Não preenchido | 27 | 9,2 |
| Penicilina G benzatina 2.400.000 UI | 87 | 29,6 |
| Penicilina G benzatina 4.800.000 UI | 18 | 6,1 |
| Penicilina G benzatina 7.200.000 UI | 111 | 37,8 |
| Outro esquema | 10 | 3,4 |
| Não realizado | 25 | 8,5 |
| Ignorado | 16 | 5,4 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Classificação final do caso | | |
| Não preenchido | 51 | 17,3 |
| Confirmado | 233 | 79,3 |
| Descartado | 10 | 3,4 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Com a distribuição dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados conforme a variável classificação clínica, constatou-se que 30,3% (89) dos indivíduos possuíam doença em sua fase terciária. Na variável esquema de tratamento realizado, houve maior número de portadores tratados com o esquema de Penicilina G benzatina 7.200.000 UI, sendo que estes corresponderam a 37,8% (111) do total da amostra. No que se refere à classificação final do caso, 79,3% (233) foram casos confirmados de portadores de sífilis adquirida (TABELA 9).

6.2 Elaboração dos mapas temáticos

Nesta seção será apresentada a elaboração dos mapas temáticos, por meio das Figuras 3, 4, 5 e 6. Esta seção foi elaborada para atender ao quinto objetivo específico, que é elaborar mapas temáticos das notificações de sífilis adquirida na referida SRS no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia.

6.2.1 Variável sexo

A Figura 3 mostra o número de notificações de sífilis adquirida na referida SRS, conforme o sexo dos indivíduos notificados.

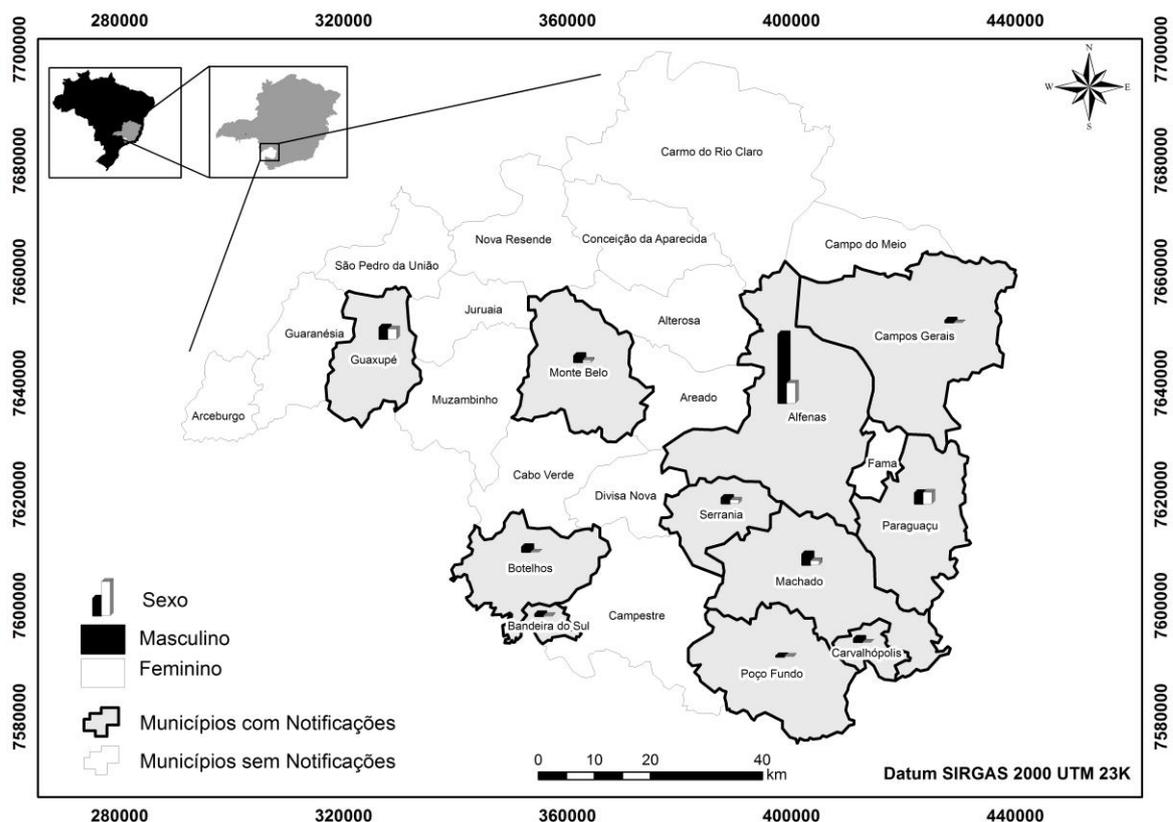


Figura 3 - Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme o sexo dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017.

Fonte: Elaboração da autora.

Na análise da Figura 3, é possível verificar que o sexo masculino foi o de maior número na maioria dos municípios que notificaram/investigaram e enviaram as

A Figura 5 mostra o número de notificações de sífilis adquirida na referida SRS, conforme a escolaridade dos indivíduos notificados.

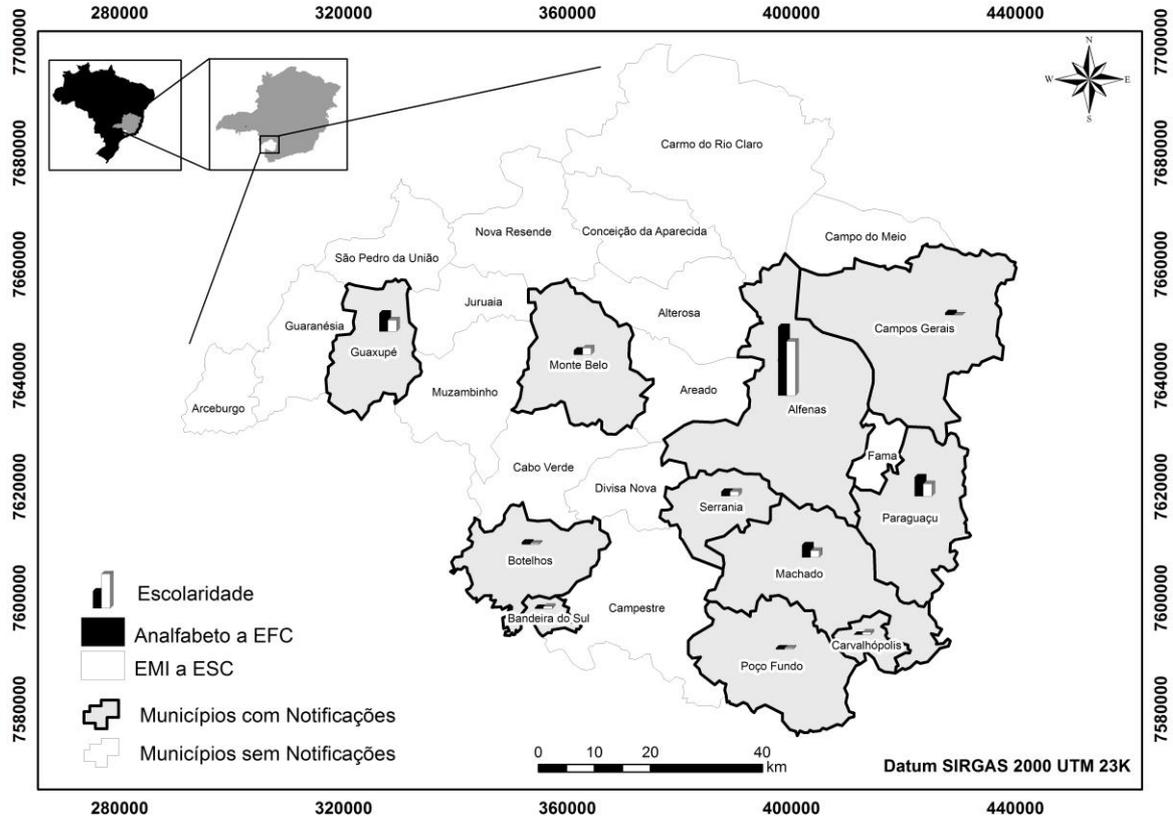


Figura 5 - Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme a escolaridade dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017.

Fonte: Elaboração da autora.

Ao analisar a Figura 5, é possível constatar que a escolaridade de maior predomínio no estudo foi de analfabeto a ensino fundamental completo na maioria dos municípios que notificaram/investigaram e enviaram as fichas para a SRS (8 municípios), com exceção das cidades de Bandeira do Sul, Carvalhópolis e Monte Belo, que possuem maior número de pessoas com escolaridade de ensino médio incompleto a ensino superior completo.

6.2.4 Variável zona de moradia

A Figura 6 mostra o número de notificações de sífilis adquirida na referida SRS, conforme a zona de moradia dos indivíduos notificados.

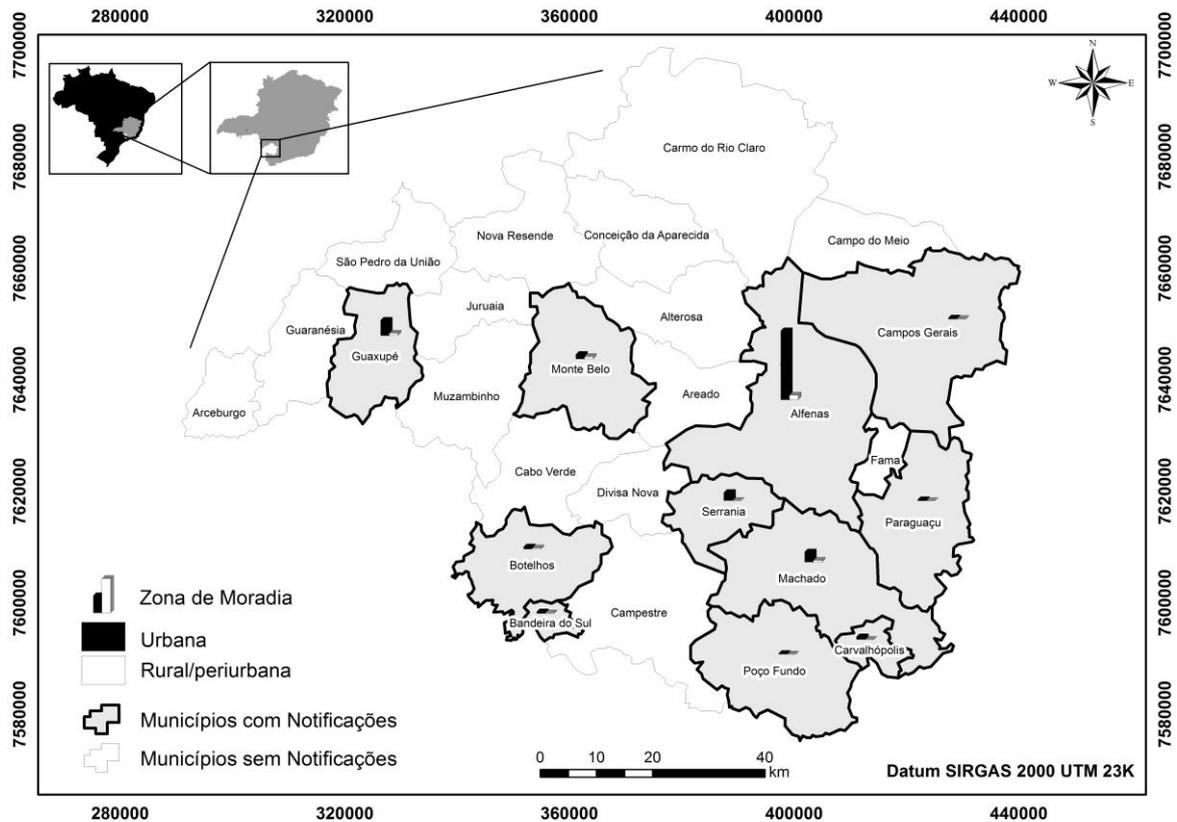


Figura 6 - Mapa do número de notificações de sífilis adquirida na referida Superintendência Regional de Saúde, conforme a zona de moradia dos indivíduos notificados. Alfenas, MG, 2017.

Fonte: Elaboração da autora.

Numa análise da Figura 6, foi constatado que a zona de moradia de maior número é a urbana em todos os municípios que notificaram/investigaram e enviaram as fichas para a SRS no presente estudo.

6.3 Análise das associações das variáveis

Esta seção apresentará todas as análises das associações das variáveis, executadas para cumprir o terceiro objetivo específico, cuja finalidade foi verificar se existe associação entre as variáveis referentes aos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e zona de moradia) com as variáveis clínicas e laboratoriais (comportamento sexual, antecedentes de sífilis e classificação clínica); a variável antecedentes da sífilis com as variáveis comportamento sexual, resultado dos exames e classificação clínica; e a variável comportamento sexual com a variável

classificação clínica. Diante disso, foram construídas as tabelas numeradas de 10 a 17.

A Tabela 10 apresenta a análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres), conforme as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia.

Tabela 10 – Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Comportamento sexual | | Valor-p | OR | IC 95% |
|---|-----------------------------|--|---------------|-------|---------------|
| | Relações sexuais com homens | Relações sexuais com homens e mulheres | | | |
| Faixa etária | | | | | |
| Até 35 anos | 93 (88,6%) | 12 (11,4%) | 0,749* | 1,000 | 0,368 - 4,178 |
| 36 anos e mais | 25 (86,2%) | 4 (13,8%) | | 1,240 | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 49 (79,0%) | 13 (21,0%) | 0,000* | 1,000 | 0,007 - 0,431 |
| Feminino | 69 (98,6%) | 1 (1,4%) | | 0,055 | |
| Escolaridade | | | | | |
| Analfabeto a Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) | 54 (93,1%) | 4 (6,9%) | 0,528* | 1,000 | 0,502 - 6,576 |
| Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) a Educação Superior completa | 52 (88,1%) | 7 (11,9%) | | 1,817 | |
| Zona de moradia | | | | | |
| Urbana | 107 (87,0%) | 16 (13,0%) | 0,608* | *** | *** |
| Rural/Periurbana | 10 (100,0%) | 0 (0,0%) | | | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

** Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson. (inferior/superior).

*** Impossibilidade de cálculo Odds ratio devido a existência de caselas nulas.

OR=Odds ratio (razão de chances).

IC= Intervalo de Confiança

Dentre as variáveis analisadas na Tabela 10, a variável sexo apresentou associação significativa com o comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres), apresentando o valor de $p=0,000$. Assim, os casos de sífilis adquirida notificados e investigados do sexo

masculino apresentam mais chance de comportamento sexual para relações sexuais com homens e mulheres. As demais variáveis (faixa etária, escolaridade e zona de moradia) não apresentaram associação significativa com o comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) ($p > 0,05$).

A Tabela 11 apresenta a análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) conforme as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia.

Tabela 11 – Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Comportamento sexual | | Valor-p | OR | IC 95% |
|--|-------------------------------|--|---------|-------|---------------|
| | Relações sexuais com mulheres | Relações sexuais com homens e mulheres | | | |
| Faixa etária | | | | | |
| Até 35 anos | 72 (85,7%) | 12 (14,3%) | 0,774* | 1,000 | 0,206 - 2,280 |
| 36 anos e mais | 35 (89,7%) | 4 (10,3%) | | 0,686 | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 105 (89,0%) | 13 (11,0%) | 0,390* | 1,000 | 0,261 - 7,821 |
| Feminino | 3 (75,0%) | 1 (25,0%) | | 2,692 | |
| Escolaridade | | | | | |
| Analfabeto a Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) | 62 (93,9%) | 4 (6,1%) | 0,093* | 1,000 | 0,952 -12,867 |
| Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) | 31 (81,6%) | 7 (18,4%) | | 3,500 | |
| a Educação Superior completa | | | | | |
| Zona de moradia | | | | | |
| Urbana | 96 (85,7%) | 16 (14,3%) | 0,213* | *** | *** |
| Rural/Periurbana | 14 (100,0%) | 0 (0,0%) | | | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

OR=Odds ratio (razão de chances).

** Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson. IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior).

***Nota: Impossibilidade de cálculo Odds ratio devido a existência de caselas nulas.

Ao analisar as possíveis associações entre o comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) e as variáveis referidas (faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia), por meio da Tabela 11, observou-se que não houve associação significativa de nenhuma dessas variáveis com o comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) ($p > 0,05$).

A Tabela 12 apresenta a análise dos fatores associados aos antecedentes de sífilis conforme as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia.

Tabela 12 – Análise dos fatores associados aos antecedentes de sífilis conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Antecedentes de sífilis | | Valor-p | OR | IC 95% | |
|--|-------------------------|------------|---------|-------|----------------|-------|
| | Não | Sim | | | | |
| Faixa etária | | | | | | |
| Até 35 anos | 155 (85,6%) | 26 (14,4%) | 0,377** | 0,713 | 0,336 - 1,515 | |
| 36 anos e mais | 51 (81,0%) | 12 (19,0%) | | | | 1,000 |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 151 (86,8%) | 23 (13,2%) | 0,152** | 0,588 | 0,282 – 1,223 | |
| Feminino | 54 (79,4%) | 14 (20,6%) | | | | 1,000 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Analfabeto a Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) | 97 (82,2%) | 21 (17,8%) | 0,143** | 1,819 | 0,811 – 4,079 | |
| Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) | 84 (89,4%) | 10 (10,6%) | | | | 1,000 |
| a Educação Superior completa | | | | | | |
| Zona de moradia | | | | | | |
| Urbana | 183 (82,8%) | 38 (17,2%) | 0,143* | 4,984 | 0,654 – 37,971 | |
| Rural/Periurbana | 24 (96,0%) | 1 (4,0%) | | | | 1,000 |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

OR=Odds ratio (razão de chances).

** Aplicação do Teste Q ui-Quadrado de Pearson. IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior).

Pela análise realizada, conforme representada na Tabela 12, constatou-se que nenhuma variável (faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia) possuiu associação significativa com a variável antecedentes de sífilis ($P > 0,05$).

A Tabela 13 apresenta a análise dos fatores associados à classificação clínica, conforme as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia.

Tabela 13 – Análise dos fatores associados à classificação clínica conforme as variáveis “faixa etária”, “sexo”, “escolaridade” e “zona de moradia”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Classificação clínica | | Valor-p | OR | IC 95% |
|---|-------------------------|-----------------------|---------|-------|---------------|
| | Primária/ Secundária | Terciária/ Latente | | | |
| Faixa etária | | | | | |
| Até 35 anos | 83 (49,7%) | 84 (50,3%) | 0,970** | 1,000 | 0,530 - 1,841 |
| 36 anos e mais | 26 (50,0%) | 26 (50,0%) | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 74 (48,7%) | 78 (51,3%) | 0,622** | 1,000 | 0,479 - 1,553 |
| Feminino | 33 (52,4%) | 30 (47,6%) | | | |
| Escolaridade | | | | | |
| Analfabeto a Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) | 56 (54,4%) | 47 (45,6%) | 0,066** | 1,000 | 0,964 - 3,023 |
| Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) a Educação Superior completa | 37 (41,1%) | 53 (58,9%) | | | |
| Zona de moradia | | | | | |
| Urbana | 102 (50,0%) | 102 (50,0%) | 1,000** | 1,000 | 0,381 - 2,622 |
| Rural/Periurbana | 9 (50,0%) | 9 (50,0%) | | | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

OR=*Odds ratio* (razão de chances).

** Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson. IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior).

Na Tabela 13, por meio da análise dos fatores associados à classificação clínica, observou-se que nenhuma das variáveis estudadas (faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia) apresentou associação significativa com a classificação clínica da doença ($p > 0,05$).

A Tabela 14 apresenta a análise da associação da variável comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) com a variável antecedentes de sífilis.

Tabela 14 – Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) conforme a variável “antecedentes de sífilis”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Comportamento sexual | | Valor-p | OR | IC 95% |
|--------------------------------|-----------------------------|--|---------|-------|---------------|
| | Relações sexuais com homens | Relações sexuais com homens e mulheres | | | |
| Antecedentes de sífilis | | | | | |
| Sim | 24 (88,9%) | 3 (11,1%) | 1,000* | 1,000 | 0,282 – 4,132 |
| Não | 89 (88,1%) | 12 (11,9%) | | 1,079 | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

OR=Odds ratio (razão de chances).

** Aplicação do Teste Q ui-Quadrado de Pearson. IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior).

Na análise realizada, conforme representada na Tabela 14, constatou-se que a variável antecedentes de sífilis não possuiu associação significativa com o comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados ($p > 0,05$).

A Tabela 15 apresenta a análise da associação da variável comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) com a variável antecedentes de sífilis.

Tabela 15 – Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) conforme a variável “antecedentes de sífilis”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Comportamento sexual | | Valor-p | OR | IC 95% |
|--------------------------------|-------------------------------|--|---------|-------|---------------|
| | Relações sexuais com mulheres | Relações sexuais com homens e mulheres | | | |
| Antecedentes de sífilis | | | | | |
| Sim | 10 (76,9%) | 3 (23,1%) | 0,208* | 1,000 | 0,101 - 1,747 |
| Não | 95 (88,8%) | 12 (11,2%) | | 0,421 | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

OR=Odds ratio (razão de chances).

** Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson. IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior).

Pela realização da análise efetuada, conforme representada na Tabela 15, constatou-se que a variável antecedentes de sífilis não possuiu associação significativa com o comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados ($p > 0,05$).

A Tabela 16 apresenta a análise da associação da variável comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) com a variável classificação clínica.

Tabela 16 – Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) conforme a variável “classificação clínica”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Comportamento sexual | | Valor-p | OR | IC 95% |
|------------------------------|-----------------------------|--|---------|-------|---------------|
| | Relações sexuais com homens | Relações sexuais com homens e mulheres | | | |
| Classificação clínica | | | | | |
| Primária/ Secundária | 45 (88,2%) | 6 (11,8%) | 0,821** | 1,000 | 0,275 – 2,783 |
| Terciária/ Latente | 60 (89,6%) | 7 (10,4%) | | 0,875 | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

OR=*Odds ratio* (razão de chances).

** Aplicação do Teste Q ui-Quadrado de Pearson. IC= Intervalo de Confiança (inferior/superior).

Pela elaboração da análise produzida, conforme representada na Tabela 16, verificou-se que a variável classificação clínica não possuiu associação significativa com o comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) dos casos de sífilis adquirida notificados ($p > 0,05$).

A Tabela 17 apresenta a análise da associação da variável comportamento sexual (relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres) com a variável classificação clínica.

Tabela 17 – Análise dos fatores associados ao comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) conforme a variável “classificação clínica”. Alfenas, MG, 2017

| Variáveis | Comportamento sexual | | Valor-p | OR | IC 95% |
|------------------------------|-------------------------------|--|---------|-------|---------------|
| | Relações sexuais com mulheres | Relações sexuais com homens e mulheres | | | |
| Classificação clínica | | | | | |
| Primária/ Secundária | 42 (87,5%) | 6 (12,5%) | 0,703** | 1,000 | 0,388 - 4,066 |
| Terciária/ Latente | 39 (84,8%) | 7 (15,2%) | | 1,256 | |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Aplicação do Teste Exato de Fisher.

** Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson.
(inferior/superior).

OR=Odds ratio (razão de chances).

IC= Intervalo de Confiança

Pela análise executada, conforme representada na Tabela 17, averiguou-se que a variável classificação clínica não possuiu associação significativa com o comportamento sexual (relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) dos casos de sífilis adquirida notificados e investigados ($p > 0,05$).

6.4 Análise do preenchimento das fichas de investigação

Nesta seção serão apresentadas algumas análises descritivas das variáveis estudadas referentes às fichas com variável sem preenchimento, com preenchimento do campo ignorado e com incoerência de dados. Sendo assim, as tabelas numeradas de 18 a 20 atendem ao quarto objetivo específico deste estudo, que se trata de analisar o preenchimento das fichas de investigação de sífilis adquirida no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, segundo os critérios campos não preenchidos, preenchimento do campo ignorado e incoerências de dados.

Na Tabela 18 é apresentada a distribuição das fichas de investigação de acordo com as variáveis fichas com variável sem preenchimento, quantidade de variáveis sem preenchimento por ficha e variável sem preenchimento.

Tabela 18 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “fichas com variável sem preenchimento”, “quantidade de variáveis sem preenchimento por ficha” e “variável sem preenchimento”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | f | % |
|--|-----|-------|
| Fichas com variáveis sem preenchimento | | |
| Não | 111 | 37,8 |
| Sim | 183 | 62,2 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Quantidade de variáveis sem preenchimento por ficha* | | |
| Até 3 | 152 | 83,1 |
| De 4 a 6 | 23 | 12,6 |
| De 7 a 9 | 8 | 4,3 |
| Total | 183 | 100,0 |
| Variável sem preenchimento** | | |
| Função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha | 183 | 100,0 |
| Classificação final do caso | 51 | 27,9 |
| Ocupação | 45 | 24,6 |
| Classificação clínica | 43 | 23,5 |
| Resultado do Teste treponêmico | 36 | 19,7 |
| Esquema de tratamento realizado | 27 | 14,8 |
| Escolaridade | 26 | 14,2 |
| Titulação | 21 | 11,5 |
| Comportamento sexual | 18 | 9,8 |
| Resultado do Teste não treponêmico | 18 | 9,8 |
| Ano de diagnóstico | 11 | 6,0 |
| Antecedentes de sífilis | 11 | 6,0 |
| Sexo | 9 | 4,9 |
| Raça/cor | 9 | 4,9 |
| Município de residência | 8 | 4,4 |
| Faixa etária | 5 | 2,7 |
| Zona de moradia | 3 | 1,6 |
| Ano de notificação | 2 | 1,1 |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Somente as fichas que possuíam variáveis sem preenchimento.

** Somente as fichas que possuíam variáveis sem preenchimento. Houve mais de uma variável sem preenchimento.

Com a distribuição das fichas de investigação conforme a variável sem preenchimento, constatou-se que 62,2% (183) da amostra possui alguma variável sem preenchimento. Entre essas fichas de investigação, notou-se que 83,1% (152) delas apresentam até três variáveis sem o devido preenchimento. A variável função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha foi a de maior

predominância entre as avaliadas, sendo referidas por 100,0% (183) das fichas de investigação. Cabe destacar que houve um alto percentual de fichas de investigação que não tiveram o preenchimento da variável classificação final do caso, correspondendo a 27,9% (51) das fichas (TABELA 18).

Adiante dos dados da Tabela 19, será apresentada a distribuição das fichas de investigação conforme as variáveis fichas com preenchimento campo ignorado, quantidade de variáveis com preenchimento do campo ignorado e variável com preenchimento do campo ignorado.

Tabela 19 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “fichas com preenchimento campo ignorado”, “quantidade de variáveis com preenchimento do campo ignorado” e “variável com preenchimento do campo ignorado”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | f | % |
|---|-----|-------|
| Fichas com preenchimento do campo ignorado | | |
| Não | 202 | 68,7 |
| Sim | 92 | 31,3 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Quantidade de variáveis com preenchimento do campo ignorado* | | |
| Até 2 | 67 | 72,8 |
| De 3 a 4 | 17 | 18,5 |
| De 5 a 8 | 8 | 8,7 |
| Total | 92 | 100,0 |
| Variável com preenchimento do campo ignorado** | | |
| Antecedentes de sífilis | 34 | 37,0 |
| Escolaridade | 32 | 34,8 |
| Comportamento sexual | 30 | 32,6 |
| Classificação clínica | 28 | 30,4 |
| Resultado do Teste treponêmico | 19 | 20,7 |
| Esquema de tratamento realizado | 16 | 17,4 |
| Raça/cor | 5 | 5,4 |
| Tratamento realizado para antecedentes de sífilis | 2 | 2,2 |
| Resultado do Teste não treponêmico | 1 | 1,1 |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Somente as fichas que possuíam o preenchimento do campo ignorado.

** Somente as fichas que possuíam o preenchimento do campo ignorado. Houve mais de uma variável preenchida com o campo ignorado.

De acordo com a distribuição das fichas de investigação, 31,3% (92) apresentaram o preenchimento do campo ignorado, sendo que grande parte das fichas tem até duas variáveis com preenchimento do campo ignorado, correspondendo a 72,8% (67) da amostra. Quanto ao tipo de variável com preenchimento do campo ignorado, destacam-se os antecedentes de sífilis, com 37,0% (34), seguida da variável escolaridade, 34,8% (32). Cabe destacar que as variáveis raça/cor, tratamento realizado para antecedentes de sífilis e resultado do Teste não-treponêmico tiveram o campo ignorado pouco preenchido pelo responsável pelas informações das fichas de investigação (TABELA 19).

A Tabela 20 apresenta a distribuição das fichas de investigação conforme as variáveis fichas com incoerência de dados, quantidade de incoerência de dados e tipo de incoerência de dados.

Tabela 20 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com as variáveis “fichas com incoerência de dados”, “quantidade de incoerência de dados” e “tipo de incoerência de dados”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Variáveis | f | % |
|---|-----|-------|
| Fichas com incoerência de dados | | |
| Sim | 195 | 66,3 |
| Não | 99 | 33,7 |
| Total | 294 | 100,0 |
| Quantidade de incoerência de dados* | | |
| Pelo menos 1 | 56 | 28,7 |
| De 2 a 3 | 83 | 42,5 |
| De 4 a 5 | 56 | 28,7 |
| Total | 195 | 100,0 |
| Tipo de incoerência de dados** | | |
| Resultado do Teste treponêmico/ Classificação final do caso | 107 | 54,9 |
| Classificação clínica/ Esquema de tratamento realizado | 98 | 50,3 |
| Antecedentes de sífilis/ Tratamento foi realizado para antecedentes de sífilis | 84 | 43,1 |
| Resultado do Teste não treponêmico/ Titulação/ Resultado do Teste treponêmico/ Classificação final do caso | 84 | 43,1 |
| Esquema de tratamento/ Classificação final do caso | 54 | 27,7 |
| Classificação clínica/ Classificação final do caso | 50 | 25,6 |
| Resultado do Teste não treponêmico/ Titulação | 36 | 18,5 |

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: *Somente as fichas que possuíam variáveis com incoerência de dados.

** Somente as fichas que possuíam variáveis com incoerência de dados. Houve mais de uma variável com incoerência de dados.

Conforme a Tabela 20, verificou-se que 66,3% (195) das fichas de investigação possuem incoerência de dados. Dentre elas, notou-se que 28,7% (56) apresentam pelo menos uma incoerência de dados, sendo o resultado do teste treponêmico/classificação final do caso a de maior predominância entre as fichas de investigação avaliadas, sendo constatada por 54,9% (107) delas, seguida de classificação clínica/ esquema de tratamento realizado, com 50,3% (98) da amostra estudada.

A Tabela 21 apresenta a distribuição das fichas de investigação da SRS, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, com relação à variável função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha de investigação.

Tabela 21 – Distribuição das fichas de investigação da Superintendência Regional de Saúde, notificadas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, de acordo com a variável “função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha de investigação”. Alfenas, MG, 2017 (n=294)

| Função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha de investigação | f | % |
|---|------------|--------------|
| Não preenchido | 183 | 62,2 |
| Enfermeiro | 71 | 24,1 |
| Técnico de enfermagem | 12 | 4,1 |
| Auxiliar de enfermagem | 8 | 2,7 |
| Médico | 8 | 2,7 |
| Coordenação do Programa DST/Aids | 5 | 1,7 |
| Coordenação de serviço de epidemiologia | 3 | 1,0 |
| Agente administrativo | 2 | 0,7 |
| Coordenação de vigilância em saúde | 2 | 0,7 |
| Total | 294 | 100,0 |

Fonte: Elaboração da autora.

Encontrou-se uma maior frequência, na função dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de investigação, de enfermeiros, o que representa 24,1% (71), seguida dos técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médico, respectivamente, 4,1% (12), 2,7% (8) e 2,7% (8), em conformidade com a Tabela 21.

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados do presente estudo. Com esse propósito, foram estruturadas três seções. Na primeira seção discute-se a caracterização das notificações de sífilis adquirida. Na segunda é realizada uma discussão sobre a análise das associações das variáveis estudadas. Por fim, na terceira seção, é discutida a análise do preenchimento das fichas de investigação do referido agravo.

7.1 Caracterização das notificações de sífilis adquirida

No presente estudo, constatou-se que a amostra foi composta em sua maioria por casos notificados no município de Alfenas. Cabe lembrar que os municípios Alterosa, Arceburgo, Carmo do Rio Claro, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Guaranésia e Juruáia possuíam casos de notificação registrados no SINAN; entretanto, eles não encaminharam as respectivas fichas para a SRS de Alfenas, impossibilitando, assim, a análise das fichas de notificações para esses municípios. Outro fato a ser lembrado é que os municípios de Alfenas, Bandeira do Sul, Guaxupé e Machado enviaram as fichas de investigação solicitadas; porém, não em sua totalidade, deixando de encaminhar uma pequena quantidade dessas fichas e os motivos não foram justificados para os pesquisadores.

Salienta-se também a situação dos municípios de Cabo Verde, Paraguaçu, Poço Fundo e São Pedro da União, que enviaram para a referida SRS apenas as notificações acompanhadas da ficha not concluí, sem estarem presentes as fichas de investigação. A ficha not concluí é instrumento que não contempla em sua totalidade as informações necessárias para investigação, conclusão e fechamento dos casos notificados da sífilis adquirida, justamente por não possuir todos os campos exigidos para o preenchimento adequado da ficha de investigação desse agravo. Pode-se destacar, assim, que somente a ficha original para investigação da sífilis adquirida, disponibilizada pelo Estado de Minas Gerais, de forma *online*, possui requisitos e informações para a verdadeira investigação do caso e, com isso, ela deveria ser utilizada em todos os municípios do Estado, para ser registrada no SINAN em sua completude. Assim, tendo como finalidade a sustentação de dados

epidemiológicos suficientes para que a SES tenha conhecimento do real perfil epidemiológico da microrregião em questão.

Vale citar também que a ocorrência desse maior número de notificações ter acontecido em Alfenas pode estar relacionada a alguns aspectos, como, por exemplo, no referido município estão alocados a SRS (setor este responsável pelos 26 municípios da microrregião), o Programa Municipal DST/Aids e Hepatites Virais, o Hospital Universitário Alzira Vellano, a Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e o Cislagos (Consórcio Intermunicipal de Saúde). Esses serviços e instituições atendem a população de toda microrregião e até mesmo populações residentes em outras regiões; dessa forma, Alfenas se torna o município com maior número de fontes notificadoras, com maior fluxo de atendimentos e, também, com maior população geral de todos os outros 25 municípios que integram a microrregião, perfazendo um total de aproximadamente 80 mil habitantes, segundo dados do IBGE (IBGE, 2016).

Observou-se também nos resultados deste estudo que a amostra foi composta em sua maioria por casos notificados no ano de 2016, ano de diagnóstico em 2015, maior frequência na faixa etária de 20 a 35 anos, no sexo masculino, na raça/cor branca, com escolaridade em ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), com residência em Alfenas, tendo como zona de moradia mais ocorrida a urbana e a ocupação do lar foi a mais citada entre os casos de sífilis adquirida notificados e investigados. Esses achados se assemelham aos resultados de outros estudos, conforme apresentado a seguir.

Em uma pesquisa realizada no Instituto Robert Koch, em Berlin, na Alemanha, onde foram utilizados dados pertencentes a notificações anônimas de sífilis adquirida, constatou-se que os casos positivos para a doença aumentaram no país em 2011, em comparação com dados antecedentes. Por exemplo, em 2011, foram notificados 3.698 casos de sífilis, representando um aumento de 22% em comparação ao ano de 2010 (BREMER; MARCUS; HAMOUDA, 2012).

As constatações do estudo citado estão em consonância com tendências confirmadas no Brasil, uma vez que no período de 2010 a junho de 2017, foram notificados no SINAN um total de 342.531 casos de sífilis adquirida em todo país. Em 2016, foram notificados 87.593 casos da doença, sendo que a maior proporção dos casos foi registrada na região Sudeste, com 46.898 somente no ano citado; e Minas Gerais apresentou 7.358 casos notificados. Assim como neste estudo, no

Brasil, o número de casos de sífilis adquirida vem sofrendo um aumento nos últimos anos. Desde a implantação da notificação da sífilis adquirida em 2010, sua taxa de detecção aumentou de 2,0 casos por cada 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por cada 100 mil habitantes em 2016 (BRASIL, 2017).

O aumento da taxa de detecção da sífilis adquirida apresentada merece destaque, uma vez que pode demonstrar um grave problema na saúde pública do país. De acordo com o MS, essa taxa ainda foi superada pelas regiões Sul, com 72 casos, e Sudeste, com 54,3 casos, por cada 100 mil habitantes. Ao comparar os dados de 2015 com o ano de 2016, houve um aumento de 26,8% na incidência de sífilis adquirida, em todo território nacional, mas isso pode demonstrar que, em grande parte, houve aumento no aumento do número de notificações, e não uma representatividade real do número de casos novos (BRASIL, 2017).

Em investigação realizada na Alemanha foi observado também que o aumento foi maior entre homens (23%) do que em mulheres (13%) e que 94% dos casos notificados eram do sexo masculino. Para os homens, a incidência aumentou em todas as faixas etárias com destaque entre 30 a 39 anos; enquanto que, para mulheres, houve apenas um pequeno aumento em algumas faixas etárias, com destaque entre 25 e 29 anos (BREMER; MARCUS; HAMOUDA, 2012).

Vale destacar que os achados do referido estudo estão em concordância com as tendências brasileiras, uma vez que, quando se analisa toda a série histórica de casos notificados de sífilis adquirida no país, verifica-se que 177.119 (59,3%) deles ocorreram em indivíduos do sexo masculino. Vale comparar também que, no ano de 2016, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 39 anos, correspondendo 56,2% casos notificados (BRASIL, 2017).

Em outro estudo realizado em um Departamento de Dermatologia Sanitária de São Paulo (SP), examinaram-se a prevalência de DST e o perfil do impacto da doença nas DST em um Centro de Referência em Saúde Especializado no tratamento de DST, para o qual foram coletados dados epidemiológicos, demográficos, clínicos e laboratoriais dos prontuários médicos e realizadas entrevistas com 4.128 pacientes que compareceram nesse centro no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2009. A pesquisa constatou que a grande maioria dos pacientes infectados com alguma DST, incluindo a sífilis, era do sexo masculino (76%), 74,3% eram brancos, com faixa etária de 20 a 29 anos (46,2%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (25,2%). Quanto à escolaridade, observou-se a maior

incidência de indivíduos que tinham o ensino médio completo, perfazendo um total 34,7% (FAGUNDES et al., 2013). Dados esses que também corroboram com os resultados encontrados na presente investigação.

Em outra pesquisa realizada com dados secundários, provenientes do SINAN, referente a um serviço de Centro de Referência de DST e Aids de São Paulo, com 648 casos notificados de sífilis adquirida, teve também predominância do sexo masculino (97,8% dos casos), na faixa etária de 25 a 34 anos (40,3% dos casos), com escolaridade superior completa ou incompleta (47,5%), sendo esse grau de instrução mais alto do que o encontrado no presente estudo, mas a escolaridade ensino médio completo foi representada com 33,4% dos casos, ocupando o segundo nível instrucional mais relatado, e a raça/cor branca, com 59,9% e perfazendo a maior parcela da população estudada (LUPPI et al., 2018).

Desta maneira pode-se inferir que o fato de o indivíduo ter uma escolaridade de grau mais elevado pode viabilizar o entendimento sobre a importância de estar sempre atento ao estado de saúde individual e da coletividade, o reconhecimento da exposição aos fatores de risco para o contágio as IST e pode auxiliar também para que as pessoas compreendam a necessidade e aceitem melhor a realização de testes diagnósticos para esse tipo de agravo, mediante suspeita de positividade da doença (ARAÚJO, 2015). Deve-se inferir também que indivíduos com nível de escolaridade mais elevado, possivelmente pode ter maior acesso à informação, sendo assim, isso pode interferir positivamente no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, a fim de descobrir seu estado sorológico verdadeiro para a sífilis, assim como para outras IST (SOUZA, 2015).

No que se pode mencionar e discutir sobre essa maior ocorrência, no presente estudo, dos casos de sífilis adquirida em indivíduos residentes na zona urbana, esse fato corrobora com os dados da pesquisa realizada na unidade sentinela para DST da Fundação Alfredo da Matta, em Manaus, no Estado do Amazonas, Brasil. Foi observado que, ao comparar a incidência de condutas e condições que podem favorecer a transmissibilidade das DST, incluindo a sífilis, foi encontrado um número maior de pessoas portadoras desses agravos em regiões de urbanização (PEDROSA et al., 2011).

Essa situação também foi constatada no estudo realizado por meio do Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) do Centro de Referência Municipal de Feira de Santana, no Estado da Bahia (BA), com

33.665 pessoas atendidas nesse setor, onde foi observado que 100% dos casos de sífilis adquirida em adolescentes, estes residiam na zona urbana (MONTEIRO et al., 2015). Complementando, em investigação executada na Colômbia, no ano de 2001, com 22.298 doadores de sangue, de várias faixas etárias, observou-se a prevalência da sífilis adquirida de 1,10%, destacando a maior proporção de diagnósticos positivos para os homens (93%), residentes em zonas urbanas (60%) e com 33 anos de idade, em média (PÉREZ; MATTAR, 2003).

Com relação à variável ocupação, a literatura aponta que as IST, incluindo a sífilis adquirida, estão ocorrendo progressivamente entre os adolescentes e os adultos jovens, principalmente em estudantes, por estarem no meio universitário. Isso pode ser justificado pelo fato de eles estarem em descobertas sexuais frequentes e, muitas vezes, não se previnem de forma adequada para evitar qualquer que seja a IST (DESSUNTI; REIS, 2012). No presente estudo, a ocupação “estudante” foi a terceira de maior ocorrência entre os casos notificados de sífilis adquirida.

Um estudo realizado com os estudantes universitários dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina apontou que a maioria dos estudantes sexualmente ativos estão expostos a fatores de risco para as IST. Fato este que se encontra em consonância com a situação da maioria dos jovens brasileiros, devido ao fato de estarem no início da atividade sexual e, por muitas vezes, esta ocorrer precocemente. A vulnerabilidade às IST também pode estar interligada ao número de parceiros sexuais durante a vida, cuja variação no estudo citado foi de 1 a 15 parcerias sexuais. Foi verificado também que o preservativo era mais utilizado como método contraceptivo e que, ao adotar parceria única, os estudantes estabeleciam uma ligação de “confiança” com seus parceiros, fazendo com que o uso esporádico ou não uso do preservativo nas relações sexuais fosse justificado (DESSUNTI; REIS, 2012).

Evidenciou-se ainda na presente pesquisa que a maioria dos indivíduos notificados não teve antecedentes de sífilis, mas que uma parcela dos casos apresentou antecedentes de sífilis, e na maioria deles realizou-se o tratamento, além do fato de a maior parte dos indivíduos manterem relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres. Alguns desses achados se assemelham aos resultados de outros estudos, que também avaliaram as características epidemiológicas dos casos de sífilis adquirida, conforme apresentado a seguir.

Em um estudo realizado em Nova Iorque verificaram-se os registros de vigilância do HIV/Aids no período de janeiro de 2000 a junho de 2010, com a população de 2.805 homens portadores de sífilis que não possuíam evidência de infecção prévia ou concomitante pelo HIV. Nessa pesquisa, constatou-se que daqueles, 4% dos homens tinham tido mais de um diagnóstico de sífilis, 67,2% faziam sexo com homens e sua menor proporção era de 13,3% de homens que faziam sexo com mulheres (PATHELA et al., 2015).

Em outra investigação sobre casos de infecção e reinfecção da sífilis registrados no Departamento de Saúde de Campinas-SP de 2004 a 2012, num total de 1.009 episódios de sífilis entre 860 adolescentes e adultos, verificou-se que, desses indivíduos, 13,6% apresentaram mais de um episódio de sífilis e 2,7% apresentaram três ou mais episódios. Esse estudo ainda apresentou um agravante ao trazer a informação de que 43,8% dos indivíduos eram coinfectedados pelo HIV e, desses, 22,8% tiveram mais de um episódio de sífilis (ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017).

Luppi et al. (2018) trazem também que, no que diz respeito às características de comportamento sexual, observa-se que 60,6% dos casos notificados de sífilis adquirida eram de pessoas com múltiplas parcerias sexuais no último ano (2017) e que 88,1% de homens que faziam sexo com homens. Esses achados também foram encontrados em estudo realizado com adolescentes na BA, uma vez que a multiplicidade de parceiros sexuais foi de maior frequência entre indivíduos do sexo masculino (70% dos casos), tendo uma variedade maior de parcerias, e 100% não fizeram uso do preservativo em suas relações sexuais com seus parceiros fixos e 66,7% não usaram preservativo com seus parceiros eventuais, aumentando, assim, o risco para o contágio com outras IST, além da sífilis adquirida (MONTEIRO et al., 2015).

Devido aos padrões de gênero hegemônicos da sociedade, o sexo masculino fica mais exposto aos riscos de contrair alguma IST, uma vez que esse tem um comportamento sexual de maior susceptibilidade que está associado à iniciação da vida sexual precoce, à exposição a vários parceiros sexuais, à homossexualidade e ao não-uso do preservativo. Na atualidade, o comportamento sexual esperado para homens e mulheres está em constante mudança; mas ainda existe muita desigualdade de poder entre os dois, especialmente entre classes sociais menos favorecidas e nível de escolaridade mais baixo. Desde muito cedo o sexo masculino

é incentivado a ter relações sexuais, sem qualquer tipo de envolvimento sentimental; enquanto que para as mulheres existe ainda estigma de que ela precisa ser conquistada pelo sexo oposto, tendo, assim, toda uma implicação emocional (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

Dessa maneira, vale refletir sobre os determinantes sociais em saúde que mencionam um conjunto de informações que são elencadas em categorias de fatores comportamentais, fatores biológicos e circunstanciais, como por exemplo as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e de moradia, acesso a ensino de qualidade, núcleo familiar, atitudes comportamentais na vida sexual e vida em comunidade, entre outros, além da existência dos fatores psicossociais. Há necessidade também de incluir o sistema de saúde, os fatores sociais, a vulnerabilidade, as diferenças de exposição a fatores de risco e as consequências de acordo com a posição socioeconômica de cada indivíduo dentro de suas particularidades (BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015).

Sendo assim, vale ressaltar que Luppi et al. (2018) encontraram também um percentual de 56,5% de prevalência da coinfeção por HIV, nos casos pesquisados, e Monteiro et al. (2015) em 24,1% das mulheres não-gestantes, fato este que torna a situação de saúde dos indivíduos com duas IST mais grave, e podendo ainda ter mais chance de adquirir uma terceira infecção. Esse achado também foi observado por Sousa (2015) ao verificar que, além da sífilis, dos pacientes portadores de HIV envolvidos no estudo, 9,9% apresentavam também Hepatite B e 3,7% tinham Hepatite C. É sabido que a maneira mais fácil de não adquirir qualquer que seja a IST é por meio do uso do preservativo em todas as relações sexuais, seja ela vaginal, anal ou oral (DOURADO et al., 2015).

Diante do exposto, pode-se inferir que, no contexto atual do país, o aumento no número de casos de sífilis adquirida pode estar ligado também à diminuição da subnotificação de casos ou até mesmo estar atribuída à influência de diversas mudanças no panorama das práticas e comportamentos sexuais das pessoas, que fazem com que os indivíduos fiquem mais expostos às várias doenças ligadas ao sexo, podendo, assim, favorecer a vulnerabilidade das pessoas às IST. Situação essa que revela a necessidade de intensificação de ações de prevenção das IST em grupos de maior vulnerabilidade e em população geral com finalidade de inibir a transmissibilidade desses agravos (LUPPI et al., 2018).

Dentro dessa necessidade, o enfermeiro passa a apresentar um papel específico na educação e no aconselhamento da população em torno das IST. É papel desse profissional promover hábitos comportamentais mais seguros na intenção de quebrar a cadeia de transmissão, bem como criar novas estratégias de prevenção, de tratamento, de educação e de aconselhamento, a fim de informar as pessoas sobre os riscos de aquisição dessas infecções e suas possíveis complicações. Fazer com que os materiais educativos sejam de fácil acesso à população torna-se uma atividade imprescindível, uma vez que dessa maneira a informação ajuda a evitar futuras transmissões. Mas, para que o enfermeiro tenha subsídios para atuação eficiente, faz-se necessário que esse profissional busque conhecimento para garantir a qualidade da assistência prestada, assim como uma maior autonomia nas suas ações, além de gerar um vínculo especial entre o enfermeiro e o usuário (FERRAZ; MARTINS, 2014).

Vale ainda ressaltar que a pouca aderência ao uso do preservativo nas relações sexuais, principalmente entre as mulheres, o que pode aumentar a chance de adquirir a sífilis, assim como outras IST, pode estar inteiramente ligada com as desigualdades entre os dois sexos na negociação para o uso do preservativo em relações sexuais com parcerias fixas e/ou eventuais. Circunstância essa que pode sugerir que algumas mulheres ainda não têm o empoderamento necessário para negociar o uso do preservativo com seu parceiro, tendo, assim, maiores consequências na exposição a fatores de risco para a infecção. Dessa forma, com o risco iminente de ocorrência de sífilis nessa população, é imprescindível que aconteçam mudanças no comportamento sexual de cada pessoa e a sensibilização para novas atitudes para a autoproteção (MONTEIRO et al., 2015).

Ao verificar no presente estudo sobre os resultados dos exames realizados para diagnóstico, a maioria dos casos tinham resultado do teste não-treponêmico reagente, com titulação de 1 a 8 e resultado do teste treponêmico também reagente. Foi verificado, também, que a maioria dos casos tiveram sua classificação clínica da doença em fase terciária, com esquema de tratamento realizado com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI e tendo classificação final do caso como confirmados portadores de sífilis adquirida. Esses resultados estão semelhantes com alguns estudos que são citados a seguir.

Em pesquisa realizada em São Paulo, dos casos notificados de sífilis adquirida, 56,9% eram assintomáticos, mas 90,6% apresentaram resultado do teste

não-treponêmico reagente, com titulação em sua maioria de 1/32 (LUPPI et al., 2018). Fato esse que ocorreu também no presente estudo, uma vez que as concentrações de maior frequência entre as titulações estão em 1/8, 1/16 e 1/32, com total de 69,2% dos casos notificados, sendo que a titulação de 1/8 merece destaque, pois está em um total de 34%, considerada na maioria nas notificações.

Em uma outra investigação realizada no SAE do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com uma população de 426 pacientes ativos no serviço, destes, 417 eram portadores de HIV e 81 tiveram sífilis ao longo do seu acompanhamento clínico. Dentre esses casos de HIV/Sífilis, 75 pacientes possuíam a informação da evidência clínica de sífilis ou do resultado positivo do teste não-treponêmico, a titulação, e/ou resultado positivo do teste treponêmico. Diante dessas informações foi apontado que, em relação à titulação do VDRL inicial, os títulos sofreram variações entre 1/2 até 1/1024, sendo os maiores percentuais encontrados na titulação de 1/8 em 22,9% dos casos estudados (SOUZA, 2015). Esses achados estão bem semelhantes aos resultados apresentados no escopo do presente estudo.

Para se ter um melhor acesso a populações com possíveis diagnósticos de sífilis, faz-se necessário o rompimento de barreiras aos testes para diagnóstico da doença. Esses testes devem ser ofertados a toda população, principalmente àquelas pessoas com comportamentos de risco, como, por exemplo, entre homens que fazem sexo com homens e pessoas que mantêm relações sexuais desprotegidas. É primordial a ampliação do acesso a esses testes, começando por locais não tradicionais, como organizações localizadas na comunidade, campanhas pontuais de prevenção para a população geral e atividades extras em saúde em localidades diversas. Não se deve deixar de citar que a notificação atempada de todos os parceiros sexuais que se tem conhecimento e para oferecer triagem e tratamento também é essencial para melhor controle da transmissão em curso da sífilis adquirida (ABARA et al., 2016).

Nesse mesmo contexto, vale discutir também sobre a atuação do enfermeiro na atividade do aconselhamento, visto que essa é uma etapa primordial no processo de testagem, no qual é ele também o maior responsável. Há necessidade de esse profissional ofertar um suporte emocional adequado no pós-teste, aproveitando também a oportunidade para estabelecer o vínculo com o paciente. Dessa maneira, o indivíduo terá mais segurança para expor suas práticas de risco e o profissional

mais condições para realizar intervenções eficazes, principalmente no processo de tratamento, quando houver diagnóstico positivo para alguma IST. Sendo assim, existe, mais uma vez, a necessidade da implantação de capacitações e de atividades de educação permanente voltadas para esse tema, além do envolvimento de todos os demais membros da equipe, e não somente do enfermeiro (ARAÚJO et al., 2018).

Deve haver também um reforço na necessidade de ampliação dos testes rápidos nas UBS, uma vez que na maioria dos Estados esse tipo de exame se restringe apenas aos atendimentos às gestantes e a seus parceiros, não atendendo as necessidades da população em geral. Cabe mencionar que o profissional de enfermagem, sem nenhuma dúvida, desempenha inúmeras atividades relevantes para a prevenção das IST. Dessa forma, os portadores podem ser encaminhados pelo enfermeiro, de maneira mais rápida e efetiva, aos outros níveis e serviços de atenção à saúde voltados para os cuidados específicos com as IST, inclusive da sífilis adquirida (OLIVEIRA; AFONSO, 2017).

Diferentemente dos achados do presente estudo, em que a classificação clínica mais frequente foi a terciária, a pesquisa desenvolvida por Pathela et al. (2015) constatou-se que 82,4% da população avaliada apresentaram sífilis em sua fase primária e secundária, e somente 14,0% dos homens eram portadores de sífilis em sua fase terciária e 3,6% tiveram um diagnóstico de outro tipo de IST bacteriana.

Existe ainda uma necessidade justificada para a criação de estratégias de saúde pública para reverter o aumento da sífilis em populações específicas, principalmente nos homens, devido ao comportamento sexual demonstrado no presente estudo. Faz-se necessária ainda porque, diferentemente da presente investigação, a maioria das literaturas sobre o assunto traz tendências que demonstraram um aumento na sífilis em sua fase primária e secundária tanto na sífilis adquirida como na sífilis em gestante (BRASIL, 2017; PATTON et al., 2014). Várias possibilidades podem ter causado essa particularidade da maioria dos indivíduos terem sido classificados como sífilis em fase terciária e também terem sido tratados para essa fase da doença, e que são abordados a seguir.

Cabe refletir que podem ter ocorrido inúmeros acontecimentos sobre as informações coletadas para esse estudo, como, por exemplo, confusões diagnósticas, principalmente no que diz respeito à abordagem sindrômica, uso do tratamento mais longo para garantia de uma boa evolução do caso para cura, relatos

exagerados pelo paciente em torno de sinais e sintomas e também a falta de experiência do profissional responsável pelo preenchimento da ficha de investigação que podem conter dados não existentes, ou até mesmo que essa situação esteja mesmo presente na microrregião estudada, fazendo com que o quadro da sífilis esteja mais acentuado e avançado que em outras regiões do Brasil e do mundo.

Destaque-se então que o ápice da transmissão da sífilis acontece quando a infecção está em sua fase primária e secundária, sendo assim, o rastreamento bem realizado e o tratamento com acompanhamento dos resultados são primordiais para inibir a transmissão da sífilis adquirida. Para ajudar a sanar a maioria dos problemas que estão ligados com o diagnóstico e o tratamento dessa doença, devem consistir na conscientização dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, para assim aumentar a identificação imediata do agravo, especialmente em que fase este consiste no momento e o tratamento eficaz e mais indicado para cada fase da sífilis, a fim de interromper a cadeia de transmissão dessa doença (ABARA et al., 2016).

Mesmo em divergência com os resultados do estudo em questão, uma outra investigação realizada em Londres, no Reino Unido, com 206 homens que fazem sexo com homens e foram diagnosticados portadores de sífilis em suas fases iniciais, no período de janeiro a junho de 2014, identificou que, da população em estudo, 31% dos casos foram diagnósticos com sífilis primária, 22% com sífilis secundária e com sífilis na fase latente precoce em 47% dos casos. Desses indivíduos estudados, a maioria, 93,0% dos casos de sífilis adquirida, recebeu tratamento com 2,4 milhões UI de penicilina benzatina por via IM (GIROMETTI et al., 2016).

Nesse contexto, é importante citar um estudo realizado na China, onde foi conduzida uma revisão sistemática com pacientes que receberam tratamento com penicilina, doxiciclina, tetraciclina ou ceftriaxona para a sífilis. Esses dados mostraram que, do total de 2049 pacientes que receberam tratamentos para sífilis precoce, 115 foram tratados com ceftriaxona, 267 com doxiciclina/tetraciclina e 1667 com penicilina. A dose única de penicilina G benzatina foi prescrita como o comparador na maioria dos estudos incluídos nessa revisão. Outros comparadores incluíram duas doses de penicilina G benzatina e três doses de penicilina G benzatina (LIU et al., 2017).

Visto que ainda não existe vacina para o combate da sífilis, seu tratamento depende totalmente de antibióticos, sendo a penicilina a primeira escolha para os

tratamentos (ROJAS, 2018); porém, esse medicamento pode não estar disponível em todas as regiões do país, situação essa que já aconteceu na microrregião de estudo, há alguns anos e por um determinado tempo. Acrescenta-se então que o profissional responsável pela prescrição do tratamento também deve contar com outros acontecimentos, como, por exemplo, o fato de que os pacientes necessitados de tratamento tenham alergia a esse medicamento, fazendo-se necessária a utilização de uma segunda escolha.

Então, diante de tal situação, Liu et al. (2017) trazem que a ceftriaxona é tão eficaz quanto a penicilina no tratamento da sífilis primária. Relata também que, comparando a doxiciclina/tetraciclina com a ceftriaxona, esta última é mais indicada para substituir a penicilina nessa fase da sífilis. Quando se optar pela doxiciclina/tetraciclina, os pacientes devem receber um acompanhamento rigoroso do tratamento, uma vez que, se houver falha nesse processo, esta pode ser identificada prematuramente.

Como foi relatado anteriormente na revisão da literatura, a sífilis, em suas fases secundária e terciária, pode não apresentar sinais e sintomas em alguma delas, oferecendo, assim, condições de confusão diagnóstica por parte do profissional responsável pelo atendimento. Com isso, a doença pode estar ainda em fase primária, ou seja, em infecção inicial, uma vez que cancros transitórios e indolores podem passar despercebidos e não serem diagnosticados como lesões primárias (PATHELA et al., 2015).

Por fim, é válido discutir sobre a classificação final do caso, uma vez que a classificação como caso confirmado seria considerada para todo indivíduo com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* por meio de técnicas de microscopia de campo escuro, de anticorpos fluorescentes e outras técnicas laboratoriais (TAYRA et al., 2007). Mesmo após a criação da ficha de notificação/investigação da sífilis adquirida no ano de 2010, ainda existem dificuldades de encontrar estudos realizados com o intuito de avaliar dados contidos nesse documento, uma vez que essas informações são inseridas no SINAN, obedecendo somente às exigências dos dados contidos na ficha de not conclui.

Diante disso, foram encontrados alguns inquéritos que objetivaram a avaliação dos campos das fichas de notificação/investigação de outros agravos, principalmente da sífilis congênita, mas que corroboram com os achados do presente estudo, em que a maioria dos casos foram confirmados. Sendo assim, a

investigação realizada no estado do Rio Grande do Sul, com 3.613 casos notificados de sífilis congênita, encontrou que, em 95,8% dos casos, a classificação final foi de sífilis congênita recente (TEIXEIRA et al., 2018). Deve-se citar também a pesquisa realizada no Estado do Paraná, que avaliou 1.145 nascidos vivos notificados com sífilis congênita; desses, 87,9% tiveram sua classificação final em sífilis congênita recente e 6,3% foram descartados (SIGNOR et al., 2018).

Em concordância com essas discussões, atualmente a sífilis adquirida, muitas vezes, não tem a devida atenção que o agravo merece por parte das políticas de saúde do Brasil, uma vez que as estratégias de atenção estão mais voltadas para o controle eficaz da sífilis congênita. O que se deve pensar melhor é que cada gestante infectada provavelmente está associada a um parceiro infectado por sífilis, fazendo com que a sífilis adquirida tenha um monitoramento mais rigoroso e eficiente. Assim, as estratégias começaram a ter um novo direcionamento para essa doença e, com isso, foi introduzida a notificação compulsória da sífilis adquirida em 2010, a qual contribuiu para uma melhor compreensão do comportamento da infecção na população, apesar de que a subnotificação de casos ainda é existente no país, mesmo após oito anos da instauração de tal estratégia de vigilância para o referido agravo (ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017).

A literatura traz que a Vigilância em Saúde deve ser vista como a construção e a articulação dos saberes e das práticas sanitárias, definindo uma melhor direção para a concretização da ideologia e dos princípios do SUS. Dessa maneira, pode ser considerada como um modelo de atenção à saúde original, com a finalidade de superar a separação entre as práticas coletivas e individuais. Com isso, deve-se considerar os modos de vida de diversos grupos sociais e de suas diferentes características, usando como base a epidemiologia e tendo também possíveis contribuições de outras áreas do conhecimento como da geografia, do planejamento urbano, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde. Além do fato de possuir o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde como suporte político-institucional (MONKEN; BATISTELLA, 2009).

Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, por serem responsáveis rotineiramente pela maioria dos atendimentos das IST, façam aconselhamentos abrangentes utilizando histórias sexuais atendidas anteriormente e tenham a atitude de rastrear as IST na

população. Essas infecções em sua grande parte são assintomáticas ou passam por um período sem sinais e sintomas, ressaltando-se ser este o caso da sífilis (FERREIRA et al., 2016). Diante do exposto, vale dizer que pode ser difícil distinguir clinicamente os sintomas da sífilis, quando esses estão presentes em outras IST, concretizando-se, assim, a necessidade de realização de testes sorológicos para sífilis e podendo contribuir para a mudança do quadro da sífilis adquirida no Brasil atualmente.

7.2 Análise das associações das variáveis

Ao analisar possíveis associações entre a variável comportamento sexual (relações sexuais com homens, relações sexuais com mulheres e relações sexuais com homens e mulheres) e as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia, observou-se que houve associação estatística com o comportamento sexual somente em relação à variável sexo, mostrando que os casos de sífilis adquirida notificados e investigados do sexo masculino apresentam mais chance de comportamento sexual para relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres. Assim, faz-se importante discutir sobre alguns aspectos que podem estar ligados a essa associação de variáveis em destaque.

Ao iniciar esta discussão, cabe mencionar que identificar as pessoas que possuem comportamento sexual de risco, principalmente no que diz respeito ao número e tipo de parceiros sexuais, por meio do autorrelato é de grande relevância para o entendimento sobre a transmissão de IST. Essa é uma abordagem muito utilizada para o preenchimento das fichas de notificação e investigação e também para estudar os determinantes das IST, incluindo a sífilis. No entanto, essa abordagem tem grandes limitações, uma vez que o indivíduo entrevistado pode omitir ou exacerbar a informação, por outro lado acreditar no que é dito é a única forma mais facilitada para o preenchimento de tal documentação (DIMBUENE; EMINA; SANKOH, 2014).

Sendo assim, este estudo evidencia o aumento de casos de sífilis adquirida com o passar dos anos e sua acentuação no sexo masculino. Dados também encontrados no inquérito desenvolvido no Canadá, onde as taxas de casos de sífilis adquirida também aumentaram de 2010 a 2015 e estão mais consistentes entre os homens. Complementando, várias causas podem estar interligadas ao aumento do

número de casos sífilis adquirida, em destaque a variável comportamento sexual das pessoas, em que ocorre, cada vez mais, o acréscimo entre homens que fazem sexo com homens, uma vez que essas causas neste grupo específico podem ser multifatoriais e mais complexas do que em outros grupos. Com isso, esse crescente número pode estar relacionado também com mudanças de comportamentos comunitários, bem como ações de prevenção das IST ainda em pequena escala e até mesmo com a profilaxia pré-exposição, fazendo com que algumas pessoas se arrisquem mais nas relações sexuais (CHOUDHRI et al., 2018).

Os comportamentos sexuais podem variar com diversas condutas, entre elas a parceria monogâmica e as parcerias múltiplas. Todavia, vale mencionar que ter uma conduta de monogamia sexual pode não ser tão segura, uma vez que, para a história sexual do parceiro, muitas das vezes não é dada a devida importância, pois para que a parceria fixa única venha ser um fator protetor, deve ter a comprovação do *status* sorológico, da história sexual pregressa do parceiro e uso recorrente do preservativo. Visto que, se essa parceria não esteve em contato com nenhuma IST, nem é portadora dessas infecções e não mantém relações sexuais com outros indivíduos, a monogamia pode ser considerada um comportamento sexual de baixo risco e mesmo assim ainda é recomendável o uso do preservativo, já que existem outras formas de contágio para as IST (DIMBUENE; EMINA; SANKOH, 2014).

Por outro lado, para as mulheres, a conduta com parcerias múltiplas, muito praticada pelos homens, é vergonhosa, uma vez que muitas pessoas acreditam que as mulheres não devam ser sexualmente ativas e nem ter multiplicidade de parceiros, principalmente em uma sociedade onde a virgindade ainda tem seu destaque. Contudo, os profissionais de saúde, essencialmente os enfermeiros, devem analisar criteriosamente o viés dos desejos sociais e/ou da tendência das mulheres a subnotificar suas parcerias e os homens a relatarem demasiadamente suas parcerias e relações sexuais, a fim de se adaptarem aos comportamentos sexuais impostos pela sociedade (DIMBUENE; EMINA; SANKOH, 2014).

Frente ao exposto, é necessário destacar os determinantes sociais em saúde, uma vez que o país vem passando por diversas modificações econômicas, sociais e demográficas, tendo constantes repercussões nas condições de saúde da população. Dessa forma, mudam-se também os comportamentos de cada comunidade, pois a possibilidade de acesso a informações, a propaganda, entre outros, faz com que o indivíduo tenha também influências dos determinantes sociais,

e não somente do seu livre arbítrio. Tudo isso faz com que as pessoas em desvantagem social tenham maior vulnerabilidade e exposição a situações de risco e à saúde (BRASIL, 2008), incluindo a transmissão de IST, como por exemplo a sífilis adquirida.

Então, é inquestionável que as condições sociais, ambientais e econômicas influenciam as condições de saúde das pessoas e os vários determinantes sociais são responsáveis por influenciar a saúde das pessoas de diversas formas. Manter o equilíbrio entre a saúde e a doença depende de uma variedade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica. Por conseguinte, os comportamentos relacionados com a saúde, principalmente os comportamentos sexuais, estão interligados na maioria das vezes com os determinantes econômicos e sociais. Esses fatores externos ao indivíduo podem influenciar em seus comportamentos e também refletir em seu estado de saúde; com isso, devem ser formuladas novas políticas relacionadas a essas condutas, essencialmente as vinculadas às relações sexuais (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Exemplo disso seria uma intervenção séria nas estratificações sociais, uma vez que essa é indispensável no combate às desigualdades de saúde das populações, já que existe uma política eficaz, as diferenças sociais tendem a diminuir. Uma outra opção de política para melhoramento das condições de saúde de cada pessoa poderia ser voltada para diminuir as diferenças na exposição de riscos da população, tendo em vista que o controle desses diferenciais de vulnerabilidade inclui intervenções que procuram fortalecer a resistência do indivíduo a diferentes exposições de risco (BRASIL, 2008).

No sistema de saúde essa intervenção prevê reduzir os diferenciais de exposição e de vulnerabilidade, por meio de estratégias preventivas. Dessa forma, os serviços de saúde têm condições de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde (BRASIL, 2008). Assim, pode-se inferir então que, se os serviços de saúde forem empenhados em novas ações de prevenção para os comportamentos sexuais de risco da população, principalmente dos homens, conseqüentemente, poderá haver um controle maior na transmissão da sífilis, principalmente entre esta população.

Mesmo que as variáveis faixa etária, escolaridade e zona de moradia não tenham apresentado associação significativa com a variável comportamento sexual,

cabe discutir sobre a importância de alguns desses fatores que podem influenciar neste comportamento.

Para a variável escolaridade deve ser dada a devida consideração, visto que, de acordo com uma investigação realizada no Malawi, os homens com educação de nível primário e mulheres analfabetas são mais propensos a terem multiplicidade de parcerias sexuais. Pode-se mencionar, então, que quanto maior a escolaridade, mais tardio é o início da vida sexual, especialmente entre as mulheres, tendo, assim, uma redução da relação sexual recente e o comportamento sexual de risco, principalmente para as mulheres (N; A, 2015).

Existem também evidências do risco de IST em torno da faixa etária da população até os 35 anos de idade. A condição de ter mais de um parceiro sexual e comportamentos de risco entre os adultos jovens é um fator de risco que favorece a transmissibilidade das IST, principalmente a sífilis, uma vez que esta doença pode passar por momentos assintomáticos. Com isso, facilitar a cadeia de transmissão e, dessa maneira, o indivíduo pode não saber que está portando o agravo, sendo responsável por sua disseminação, inclusive (N; A, 2015).

Os diagnósticos de sífilis podem sofrer flutuações estatísticas maiores do que as outras IST, devido a mudanças nos comportamentos sexuais de populações e em grupos de maior risco. Dessa maneira, pode-se dizer que os determinantes sociais que foram relacionados à sífilis há alguns anos podem estar passando por novas tendências ainda mais inquietantes e, possivelmente, irão afetar negativamente as perspectivas futuras em torno da incidência da doença. Dessa forma, o aumento da ocorrência desse agravo tem sido associado a comportamentos sexuais de alto risco e altas taxas de coinfeção por HIV, principalmente entre os homens. Portanto, esse fato pode estar associado à falta de ações preventivas eficazes como também à disponibilidade de terapia antirretroviral e à eficiência desses tratamentos (ARAL; FENTON; HOLMES, 2007).

Ainda que o aumento no número de casos de sífilis adquirida esteja acontecendo mais entre os homens, vale referir que, com o passar do tempo, houve também um aumento menor, porém, significativo desses casos entre as mulheres, o que não deixa de ser um dado preocupante, uma vez que, se existem mulheres infectadas, a possibilidade de haver sífilis congênita tende a aumentar. Dessa forma, pode-se dizer que a monogamia sexual, mais praticada entre as mulheres, contribui para a diminuição dos casos, mas não deve ser vista como um fator totalmente

protetor, principalmente por não se ter conhecimento do comportamento sexual e o *status* sorológico do parceiro ou até mesmo do uso consistente do preservativo. Da mesma maneira que a condição de múltiplos parceiros sexuais, principalmente praticada pelos homens, não pode ser categorizada como um fator de risco, pois se existe o uso efetivo do preservativo, esse risco pode diminuir (DIMBUENE; EMINA; SANKOH, 2014).

No entanto, é importante citar que mulheres profissionais do sexo podem ter múltiplos parceiros sexuais, e o preço cobrado pelo sexo comercial ou o tipo de local de trabalho podem influenciar no risco de transmissão da sífilis por contato sexual, uma vez que, quanto menor é o preço cobrado, maior é o número de parceiros e, assim, aumentará o comportamento sexual de risco. Isso se deve ao mínimo poder de troca pelo seu trabalho sexual, e também a locais com mínimo ou nenhum gerenciamento do trabalho, a fim de que esses profissionais tenham o mínimo de exigências na relação sexual, como, por exemplo, o uso do preservativo (WONG et al., 2018).

Em uma pesquisa realizada na China, constatou-se que, pelo fato de os homens mais velhos fazerem maior uso desse tipo de serviço, eles tiveram maior probabilidade de diagnóstico positivo para a sífilis adquirida que outros grupos etários e o maior potencial de transmissão do agravo ocorreu em moradores da zona rural (WONG et al., 2018). Esse resultado foi diferente do presente estudo, em que a zona de moradia de maior ocorrência foi a urbana. Isso pode ter acontecido devido à maioria dos casos notificados e investigados estarem mais propensos a ter maior acesso aos atendimentos para as IST, incluindo o serviço de referência, que trata de um programa específico para triagem e acompanhamento das IST.

Em contrapartida, uma outra investigação realizada também na China, corrobora com os achados deste estudo, uma vez que averiguou que os casos de sífilis têm ocorrido em maiores proporções em áreas urbanas. Tal tendência pode estar interligada à aglomeração de casos de sífilis adquirida em regiões urbanizadas, e isso se deve a um maior número de migrantes das zonas rurais para as urbanas. E com isso, uma maior tendência a comportamentos sexuais de risco nessas regiões de urbanização e ampliando a possibilidade de surtos nessas localidades (TUCKERA; COHEN, 2011).

Deve-se compreender que nas áreas urbanas o acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, ao diagnóstico é maior que nas áreas rurais. Diante disso, é

importante descrever que, para colaborar com o aumento de casos de sífilis nessa área específica, existem vários determinantes, como a migração rural-urbana, o aumento de jovens solteiros, a busca ativa limitada dos casos novos como rotina, a notificação incompleta do parceiro ou até mesmo a não-realização desta. Por fim, o estigma relacionado à busca pelo serviço de assistência a esses agravos acaba por desestimular essa procura, principalmente entre indivíduos pertencentes a grupos específicos e com comportamento de risco (TUCKERA; COHEN, 2011).

Apesar das dificuldades que os serviços de saúde encontram para atuar efetivamente no controle da doença, ainda existe o HIV, que possui uma ligação muito incisiva no ressurgimento da sífilis. Dessa forma, é válido ressaltar a importância de ações que promovam práticas sexuais mais seguras, aconselhando a redução do número de parcerias sexuais, o uso do preservativo em todas as relações sexuais, seja anal, vaginal ou oral e ter parceria fixa por longos períodos, uma vez que essas podem auxiliar na diminuição das taxas de sífilis em todas as suas formas. É necessário promover ainda estratégias para a conscientização e a triagem da sífilis em todas as áreas de moradia da população, realizar impreterivelmente a notificação e investigação de todos os casos de sífilis e garantir também o tratamento eficiente para aqueles já contaminados (PATTON et al., 2014).

No presente estudo, constatou-se também pelos resultados apresentados que não houve associação significativa entre a variável antecedentes de sífilis com as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia. Entretanto, torna-se importante discutir sobre possíveis relações dessas variáveis com a possibilidade de os indivíduos terem mais de um episódio de sífilis.

A idade mais avançada, os homens que fazem sexo com homens e as mulheres transexuais, o início da vida sexual tardiamente, a inexistência de relacionamento fixo, a multiplicidade de parceiros sexuais, o sexo desprotegido e a infecção por HIV são algumas das causas que podem estar relacionadas com a maior incidência dessa doença e de antecedentes de sífilis. É sabido que esse agravado continua sendo um problema de saúde pública, com altos índices de reinfecção, prioritariamente entre os grupos com comportamento de risco. Por isso, o sistema de saúde não deve medir esforços de prevenção da sífilis, a fim de elucidar os componentes comportamentais e biológicos da população (PARK et al., 2016).

Outro fator importante para a reinfecção por sífilis, principalmente entre os homens, é o baixo nível de escolaridade e a homossexualidade ou bissexualidade,

além do não-uso do preservativo de forma regular e também episódios de outras IST anteriormente. Na maioria das vezes, quando a sífilis é diagnosticada por mais de uma vez, os indivíduos não se queixam de nenhum sintoma de sífilis terciária, sugerindo que esse agravo em suas outras fases menos complexas podem ser as formas clínicas mais predominantes. Sendo assim, o risco de contágio, por mais de uma vez, torna-se maior, uma vez que são nessas fases de predominância na recidiva da sífilis adquirida que acontece maior possibilidade de transmissão (ALMEIDA, 2014).

Ao trazer um resgate dos determinantes em potencial para a transmissibilidade da sífilis, tem-se que a notificação do parceiro muitas vezes acaba sendo excessivamente limitada ou até mesmo inexistente, devido ao fornecimento das respectivas informações ocorrer somente por meio de relatos do portador. Os procedimentos de saúde pública para notificação, teste e acompanhamento de parceiros ainda devem ser melhor trabalhados por parte dos profissionais de saúde, essencialmente pelo enfermeiro, que, na maioria dos serviços de saúde, acaba sendo o maior responsável pelas notificações e investigações para a sífilis adquirida. Portanto, pode-se dizer que a falta de profissionais capacitados para esse tipo de atendimento e de um sistema efetivo de assistência aos parceiros de portadores dessa doença possivelmente viabilizam condições para a reinfecção por sífilis entre casais discordantes, sejam as parcerias fixas ou não (TUCKERA; COHEN, 2011).

Continuando as reflexões sobre as possíveis associações dessas variáveis com os antecedentes de sífilis, vale mencionar que, para os homens, desde a sua adolescência, ter várias parcerias sexuais, ou seja, fazer sexo rotineiramente e com pessoas diferentes, representa um prestígio entre eles, assim como demonstra a sua masculinidade para a sociedade (DIMBUENE; EMINA; SANKOH, 2014). Com isso, é possível inferir que essa conduta praticada pelos homens pode aumentar a chance de adquirirem alguma IST, incluindo a sífilis, e por mais de uma vez ao longo de sua vida.

Já com relação à faixa etária, as pessoas mais jovens estão na fase da descoberta da sexualidade e da atividade sexual. Dessa maneira, passam a praticar mais sexo, e, muitas vezes, não se preocupam com a prevenção; sendo assim, infere-se que esta população pode ter mais chance de apresentar uma IST, incluindo a sífilis, e podendo até ter novas reinfecções. Outro fator ligado a essas

considerações é que, após o término da adolescência, o jovem tende a ingressar nas universidades, e assim os jovens passam a vivenciar muitas experiências novas que talvez antes eram proibidas ou limitadas pelo convívio no âmbito familiar. Dessa forma, esses jovens podem ser considerados vulneráveis ao contágio pelas IST, principalmente a sífilis. Com isso, faz-se necessário então que as atividades de prevenção sejam iniciadas dentro das famílias, no ambiente escolar e nos centros de convivência de crianças e de adolescentes, tendo a intenção de melhorar a forma de enfrentamento e de prevenção dessas infecções (FONTE et al., 2018).

Em relação à escolaridade, as pessoas com menos anos de estudo (baixa escolaridade) podem apresentar menos conhecimento no que tange às informações sobre a prevenção das IST, podendo, assim, adotar condutas e comportamentos de risco. Com isso, elas ficam mais expostas a adquirir alguma dessas infecções, principalmente a sífilis, e podem até ter reinfecções recorrentes, por falta de cuidados com a saúde. Dessa forma, a baixa ou nenhuma escolaridade realmente passa ser um fator significativo de vulnerabilidade. Pode-se dizer então que quem tem ensino fundamental incompleto, é mais vulnerável às IST em comparação com as pessoas que têm ensino fundamental completo, e, assim, sucessivamente (FONTES et al., 2017).

Cabe refletir então que as situações de vulnerabilidade às IST das pessoas com baixa escolaridade, principalmente os adolescentes, podem estar relacionadas às dificuldades na utilização de preservativos, na insuficiência de conhecimentos sobre o assunto e informação deficiente sobre as IST, nos fatores socioculturais e a na falta de orientações pontuais. Esses são processos responsáveis por desencadear a necessidade de novas ações educativas com continuidade em torno da promoção e da prevenção das IST, mantendo, assim, uma boa qualidade de vida sexual. Diante disso, o enfermeiro tem papel importante na assistência oferecida a essa população, tanto na educação, quanto na assistência ao indivíduo já portador e, principalmente, ser o maior incentivador da utilização do preservativo (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

A variável classificação clínica não apresentou associação significativa com as variáveis faixa etária, sexo, escolaridade e zona de moradia. Contudo, torna-se importante discutir sobre possíveis relações dessas variáveis com a fase em que a sífilis adquirida se encontra no momento da notificação e investigação.

Para iniciar essa discussão, é necessário realizar um resgate sobre a classificação clínica da sífilis que pode variar de acordo com os achados da abordagem sindrômica a qual, na maioria das vezes, é realizada pela enfermagem. Essa abordagem acompanhada dos exames laboratoriais conduz para a classificação clínica e conclusão diagnóstica, ou seja, assim é possível que se saiba em que fase a doença se encontra no organismo do indivíduo portador. Sendo assim, faz-se indispensável aqui discutir um pouco mais sobre as fases da sífilis.

De acordo com Ho e Lukehart (2011) a sífilis em sua fase primária é caracterizada pela viabilidade da transmissão, da adesão e da resposta imune do portador da doença. Nesse estágio, o agente causador da doença entra em contato rapidamente com a corrente sanguínea, tendo o poder de disseminação para outros tecidos. Por conseguinte, ocorre uma necrose tecidual e ulceração não sensível e por volta de 3 a 8 semanas esse cancro desaparece. Mas, nesse momento, a doença já se espalhou sistemicamente, abrindo passagens para que a sífilis secundária aconteça. Nessa fase acontece a resposta imune, o diagnóstico e a dissipação da doença por todo o organismo. Os sintomas aparecem em espaço de tempo de até 3 meses, tendo como principal manifestação clínica o exantema maculopapular em várias partes do corpo.

Para entender melhor a fase da doença de maior frequência nesse estudo (fase terciária), cabe conhecer um pouco mais sobre esse momento da doença, uma vez que o envolvimento do SNC e o comprometimento neurológico acontecem no estágio terciário da sífilis, assim como a neurosífilis. Tudo isso acontece em curto espaço de tempo, dentro de dias ou semanas após a infecção, sendo esta diagnosticada também por meio de manifestações clínicas, podendo ser até assintomática em algumas pessoas. Vale citar também que no estágio latente da doença o treponema continua em vários tecidos e órgãos e em muitas das vezes sem sinais e sintomas clínicos, mas podendo ser transmitido da mãe para o feto, enquanto que a transmissão sexual é mais incomum (HO; LUKEHART, 2011).

Com isso, alguns fatores podem colaborar para que a sífilis tenha um alto potencial de transmissão e, principalmente, de exacerbação de seus estágios. Dado que, diante de algumas causas que acontecem entre o grupo dos homens, prioritariamente, está a probabilidade de maior incidência de IST, sobretudo da sífilis. À vista disso, a literatura traz que no sexo masculino a possibilidade aumentada significativamente da ocorrência de IST está presente no grupo dos

adultos jovens, com relacionamentos não-estáveis e que não utilizam preservativos com parceiros eventuais (NIKULA et al., 2009).

Com o passar dos anos, o comportamento sexual dos homens vem contribuindo substancialmente no crescente número de casos de sífilis adquirida em fases primária e secundária. Esse aumento vem acontecendo em todas as idades, mas com destaque entre os adultos jovens; sendo que, nas mulheres, a sífilis primária e secundária, fases estas com maior probabilidade de transmissão, também apresenta um aumento no número de casos e em todas as faixas etárias (PATTON et al., 2014).

Vale acrescentar também que os homens tendem a procurar menos pelos serviços de saúde ou até mesmo desistem dessa procura mediante as dificuldades por eles encontradas, como o horário de funcionamento dos serviços, uma vez que muitas vezes não possuem disponibilidade em sua vida cotidiana de trabalho para agendar os atendimentos ou até mesmo para esperar a consulta que pode ser demorada. Quando eles têm a oportunidade de ir ao serviço percebem que existe uma quantidade maior de mulheres para o atendimento e isso pode trazer-lhes uma sensação de que a rotina do serviço não é voltada também para o seu gênero. Sendo assim, podem manter-se afastados cada vez mais do cuidado com a própria saúde, fazendo com que a procura pelo serviço seja o seu último recurso (SOUSA et al., 2015).

Como já mencionado, os homens apresentam mais comportamentos de risco, tanto em seu estilo de vida, como em sua alimentação e, principalmente, em suas condutas sexuais (SOUSA et al., 2015). Com isso, cabe inferir então que, quando eles procuram os serviços de saúde, a doença pode estar em um estágio mais avançado. Esse é o exemplo da sífilis adquirida que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para outras fases. Isso ocorre exatamente pela falta de cuidado por parte do portador, fazendo com que o tratamento seja mais extenso ou até mesmo que o indivíduo evolua para o óbito.

A baixa escolaridade também é outro fator contribuinte para a maior incidência das IST, de maneira especial a sífilis, uma vez que ter menos anos de estudos fornece subsídios significativos para a multiplicidade de parceiros, fazendo com que esse grupo específico de pessoas tenha comportamento sexual de risco para a sífilis adquirida, principalmente na não-adesão às medidas de prevenção dessas doenças e por não procurarem precocemente atendimentos nos serviços de

saúde (NIKULA et al., 2009). Assim, pode-se inferir que essa população com baixa escolaridade, quando procuram atendimentos nesses serviços, podem apresentar a doença em fase mais avançada, no caso da sífilis, na fase terciária.

A zona de moradia, seja ela urbana ou rural, não possui distinção no aumento do número de casos, uma vez que nas duas áreas as taxas de sífilis primária e secundária vêm acontecendo com o passar dos tempos. Dessa forma, se o indivíduo não procura o serviço de saúde em busca de tratamento, a doença tende a passar pelo agravamento dos seus estágios, deixando a saúde do indivíduo cada vez mais comprometida, podendo até levar ao óbito (PATTON et al., 2014).

Com isso, acrescenta-se que as pessoas que moram na zona rural podem apresentar algumas dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, como por exemplo a acessibilidade geográfica dificultada, composta pela distância e pela qualidade ruim das estradas rurais, e também pela condição financeira desses indivíduos que nem sempre lhes permite se deslocar por meio do transporte pago. Dessa maneira, os moradores desses locais, quando procuram por assistência à saúde, buscam pelos serviços de maior proximidade com suas residências, ou, na maioria das vezes, não procuram recursos para sanar sua situação de saúde/doença naquele momento, exatamente por não possuírem nenhum tipo de atendimento de saúde de fácil acesso (PEREIRA; PACHECO, 2017).

Assim, pode-se inferir que quando essas pessoas residentes em zonas rurais procuram o serviço de saúde, a sífilis adquirida pode estar em um estágio mais avançado, chegando a sua fase terciária ou até mesmo em sua forma mais grave, a neurosífilis. De acordo com Pereira e Pacheco (2017), é imprescindível que se dê uma atenção especial às características desse grupo, uma vez que entre essas pessoas existe a alta vulnerabilidade socioeconômica, situações de baixa escolaridade, situação de moradia, localização geográfica e transporte dificultados, e tudo isso pode ocasionar diversas oportunidades para a aquisição de diversas enfermidades, inclusive a sífilis em uma fase mais avançada.

O presente estudo constatou também em seus resultados que a variável antecedentes de sífilis não apresentou associação significativa com a variável comportamento sexual, mas merecem ser discutidas com alguns aspectos apresentados na literatura.

Na atualidade, os testes rápidos para a sífilis são ofertados em alguns países, inclusive no Brasil, nos serviços especializados no atendimento às IST

e/ou na APS, sendo esse último mais voltado para as gestantes e aos seus parceiros (OLIVEIRA; AFONSO, 2017). De acordo com Vaulet et al. (2018), apesar de os testes rápidos serem oferecidos nesses serviços, a maioria dos pacientes não aderem à realização dos testes, por razões citadas com frequência por esses indivíduos. Dentre essas razões, o paciente pode mencionar que já realizou tratamento para sífilis antes ou que está em tratamento no momento e que já teve sífilis em algum momento de sua vida, pensando, assim, que esse episódio o tornará imune à doença e esta poderá nunca mais acometê-lo, fazendo com que ele adote comportamento sexual de risco e, assim, aumentar a chance de disseminação dessa doença.

Porém, cabe mencionar que adquirir a sífilis não proporciona imunidade ao indivíduo e se não tratada de forma adequada pode evoluir para as fases subsequentes da doença, fazendo com que o comprometimento da saúde do indivíduo portador esteja cada vez mais afetado. Desse modo, a detecção precoce e o tratamento imediato da sífilis são essenciais na prevenção de novas transmissões e controle da doença, assim como impedimento de complicações severas num determinado espaço de tempo em pessoas com sífilis adquirida, e também para propiciar um esclarecimento ao portador, principalmente nos aspectos ligados a mudanças de comportamento sexual e na exposição de risco (VAULET et al., 2018).

Assim, o comportamento sexual de risco tem uma verdadeira associação com os antecedentes por sífilis, principalmente entre os homens que fazem sexo com homens e que estão infectados pelo HIV, uma vez que estes têm maior propensão a ter a sífilis por repetidas vezes. Os fatores comportamentais em nível de redes sexuais são determinantes de peso do risco de repetição por sífilis nesse grupo. Então, o acompanhamento após a primeira infecção por sífilis é um fator primordial para que não haja novas reinfecções, particularmente entre aquelas pessoas com múltiplos parceiros sexuais, isso pode ajudar na redução das taxas de sífilis adquirida. Ressalta-se também que as ações para eliminação da doença devem incluir mensagens sobre o risco da recidiva por sífilis, a importância do acompanhamento pós-tratamento, a modificação dos comportamentos sexuais de risco e manter o direito do parceiro ao tratamento imediato. Todos esses fatores farão com que futuras infecções sejam evitadas (COHEN et al., 2011).

Portanto, medidas essenciais de prevenção da sífilis na população geral, em especial entre homens que fazem sexo com homens, devem ser avigoradas. Contendo, assim, o desencorajamento de práticas sexuais pouco seguras, o incentivo da triagem para a sífilis, o conhecimento do *status* sorológico das parcerias sexuais, o diagnóstico e o tratamento imediato, e a realização da notificação e da investigação. Contudo, essas ações também devem estar voltadas para prevenir e tratar homens e mulheres heterossexuais, a fim de auxiliar na erradicação da sífilis congênita. Autoridades de saúde pública podem e devem aprimorar a qualidade dos dados relativos às IST, trazendo mais informações sobre o comportamento sexual de cada pessoa. Assim, será possível garantir que se tenha conhecimento exato da situação da sífilis em cada população e dar subsídios para que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, possam atuar de forma eficiente no controle dessa doença (PATTON et al., 2014).

Por meio da análise entre a variável classificação clínica e o comportamento sexual, verificou-se que essas duas variáveis não possuíram associação significativa. No entanto, faz-se importante discutir sobre possíveis relações dessa variável no comportamento sexual das pessoas.

As expectativas mais recentes em torno da sífilis demonstram uma ampla diversidade geográfica e racial da doença. Dessa forma, cabe citar que as taxas de sífilis com a classificação primária e secundária diminuíram entre os anos de 1990 e 2000; mas essa taxa voltou a aumentar nos anos de 2001 a 2005, e especialmente entre o sexo masculino, devido ao comportamento sexual de risco (ARAL; FENTON; HOLMES, 2007).

O mesmo acontece ainda nos anos mais atuais, sendo que nos Estados Unidos foi demonstrado em um inquérito que, de todos os casos de sífilis adquirida no país, o aumento da doença em sua fase primária e secundária ocorreu mais entre os homens, principalmente aqueles que fazem sexo com outros homens, essencialmente nos anos de 2009 a 2012 (PATTON et al., 2014). De acordo com o Boletim Epidemiológico da sífilis no Brasil, os números da doença em sua forma adquirida vêm crescendo muito entre os homens nos últimos anos, de 2.392 casos em 2010, para 51.958 casos em 2016 (BRASIL, 2017).

Vaulet et al. (2018) encontraram em seu estudo que os homens com parcerias sexuais do sexo feminino procuram mais assistência à saúde em busca de acompanhamento para esse tipo de agravo em comparação com os homens

com parcerias sexuais do sexo masculino. Isso pode ser explicado talvez pelo fato de eles acreditarem que possuem menos risco de contrair alguma IST por manterem relações sexuais com mulheres. Portanto, faz-se necessária a busca ativa de parcerias que porventura não buscam atendimento nos serviços de saúde e também a abordagem correta para os indivíduos assíduos nesses locais de assistência. Sendo assim, a introdução de exames laboratoriais e do teste rápido, juntamente com a avaliação clínica realizada pelo profissional enfermeiro e/ou médico, pode aumentar a oportunidade de diagnóstico precoce e o tratamento eficaz da sífilis (VAULET et al., 2018).

Como mencionado anteriormente, no que tange aos estágios da sífilis, especialmente a fase primária e secundária, a maior proporção de casos, uma vez que estas taxas vêm aumentando a cada ano, acontece no sexo masculino e ao qual estão atribuídos o comportamento sexual de risco, principalmente entre os homens que fazem sexo com homens de todas as idades e raças. Dessa maneira, mesmo que a sífilis em sua fase primária ou secundária esteja atualmente predominante entre os homens que fazem sexo com homens, é essencial que não se meçam esforços para prevenir a sífilis entre os sexos feminino e masculino, uma vez que assim, conseqüentemente, previne-se a sífilis congênita. Para isso, a participação dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, é indispensável para o melhoramento da identificação e a notificação de casos, a abordagem das parcerias e estratégias voltadas para o controle dessa doença (PATTON et al., 2014).

Diante do exposto, vale mencionar ainda que a procura rápida por atendimento, assistência, diagnóstico e tratamento da sífilis contribui significativamente para a evolução da doença para a cura. Destaca-se que os indivíduos nos quais a infecção crônica latente está presente, por exemplo, pode passar por reativação e conduzir a sífilis terciária, após anos ou décadas da infecção inicial, podendo, assim, comprometer diversos órgãos (HO; LUKEHART, 2011).

Ao mesmo tempo, pode-se dizer que a sífilis terciária raramente acontece, e isso se deve muitas vezes pelo tratamento para outras infecções, acabando por tratar juntamente a sífilis inadvertidamente sem se ter conhecimento do diagnóstico da doença. Isso faz com que o indivíduo tenha histórico de sífilis sem ao menos saber que esteve portador desse agravo uma vez na vida. Apesar da disponibilidade da penicilina para o tratamento da sífilis, a incidência dessa doença vem sofrendo

um aumento substancial em vários países (HO; LUKEHART, 2011) e, de acordo com os dados encontrados no presente estudo, a sífilis na classificação terciária apresentou percentuais elevados e de maior frequência.

Além disso, é necessário promover ações pautadas nos determinantes sociais da saúde, termo este que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Portanto, a abordagem deles faz com que sejam reconhecidas as iniquidades em saúde que não podem ser controladas se não houver também o controle das iniquidades sociais. Como consequência, será possível haver o controle também no aumento da incidência de doenças não-transmissíveis e transmissíveis, incluindo a sífilis, ao quais podem ser responsáveis pelo aparecimento de complicações e, conseqüentemente, pela redução da expectativa de vida da população (CARVALHO, 2013).

À vista disso, pode-se inferir que homens e mulheres possuem especificidades comportamentais muito complexas e que necessitam de estratégias de saúde diferenciadas na prevenção de doenças. Dessa forma, faz-se imprescindível que essas estratégias levem em consideração todas as questões de gênero que podem fazer com que os comportamentos sejam imensamente diferenciados entre os sexos masculino e feminino e que, por consequência, podem aumentar a vulnerabilidade às IST e, em especial, a sífilis (ARAÚJO et al., 2015).

Então, na perspectiva de práticas diárias de atenção à saúde, ter um embasamento sobre os determinantes sociais da saúde reforça o entendimento entre o ser biológico e o ser social. Assim, todo indivíduo portador de certas doenças específicas, como é o caso da sífilis, além de receber a atenção necessária para o diagnóstico, o tratamento e a cura, também depende das políticas de assistência social para o seu viver saudável. Dessa forma, esse indivíduo receberá a assistência necessária em suas distintas dimensões do ser biológico, atendido por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, entre outros profissionais de saúde, e do ser social, atendido pelos assistentes sociais, entre outros profissionais. Com isso, será possível fazer com que essa pessoa tenha assistência em saúde em sua completude, com foco em proporcionar uma melhor qualidade de vida (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017) e tentando diminuir, assim, o contágio por alguma IST, principalmente a sífilis adquirida.

7.3 Análise do preenchimento das fichas de investigação

Os SIS acrescentam muito na edificação do saber, em diferentes áreas, de forma que, quando as informações contidas nesses sistemas sofrem uma disseminação, essas podem ajudar no desenvolvimento do conhecimento não só no campo acadêmico, mas também no meio popular, uma vez que no momento em que se é possível constatar os dados de saúde de uma população, é possível verificar também se está havendo bons resultados das estratégias e dos programas de saúde em vigência (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

Então, é cabível que se saliente a importância de que as notificações sejam acompanhadas da ficha de investigação, uma vez que com a inexistência desta constata-se inviabilidade e a ilegitimidade dos dados a serem registrados no SINAN, além de que os dados serão insuficientes para contemplar a completude das informações sobre a doença notificada (OLIVEIRA et al., 2009). Dessa forma, cabe inferir que as informações e os dados contidos no SINAN, em relação à sífilis adquirida, são insuficientes, uma vez que a doença é inserida nesse sistema apenas com dados de digitação da ficha de notificação/conclusão (not conclui), não possuindo elementos que contemplam inteiramente todas as informações referentes a esse agravo e que seriam importantes para a melhor compreensão da doença.

Assim, embora exista uma quantidade significativa de informações e de dados presentes nesses SIS, nota-se que eles não são utilizados para os devidos fins, uma vez que acabam não sendo empregados, na maioria das vezes, no processo de trabalho e de assistência que envolvem essa doença. Existem muitas razões para isso ocorrer, entre elas pode-se citar a baixa qualidade no preenchimento das informações, a falta de conhecimento da importância desses sistemas para a saúde de um país por parte dos trabalhadores, a falta de tecnologia adequada nos serviços de saúde, culminando, assim, na precariedade dos dados contidos nos SIS, principalmente no SINAN (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

Para realizar a análise do preenchimento das fichas de investigação que compuseram a amostra deste estudo, é necessário entender, primeiramente, que a partir da suspeita e/ou confirmação do agravo notificável, imediatamente deve ser preenchida a ficha de notificação pela unidade de saúde ou outra fonte notificadora do município, sendo que esta deve ser a ficha padronizada, feita em duas vias e pré-numeradas. Se a unidade de saúde não tiver a impressão da ficha em duas vias, deve haver então a transcrição das informações desta para o cabeçalho da ficha de

investigação do agravo notificado. Ainda se faz necessário ter rigor no preenchimento dos dados, a fim de não deixar campos em branco, uma vez que a falta de preenchimento dos campos obrigatórios pode inviabilizar a inclusão do caso no sistema eletrônico (BRASIL, 2007).

No caso da ficha de investigação, esta deve ser preenchida para os agravos de notificação compulsória, passíveis de investigação. Ela tem de receber a mesma numeração da ficha de notificação que corresponde ao caso e o preenchimento dessa ficha deve acontecer imediatamente ao primeiro atendimento do paciente, levantando, assim, à hipótese diagnóstica. No instrucional de preenchimento de cada ficha de investigação, apresentado nos manuais que foram elaborados pelo MS, constam as instruções para se preencher os dados obrigatórios (BRASIL, 2007), os quais já foram descritos no início deste estudo, no capítulo de Revisão da Literatura.

Dessa maneira, para analisar o preenchimento das fichas de investigação de sífilis adquirida na referida SRS foi desenvolvido o presente estudo. Neste, foi observado que a maioria das fichas de investigação que compuseram a amostra possuía alguma variável sem preenchimento, verificando que a maior parte apresentava até três variáveis sem o devido preenchimento. Constatou-se que as variáveis “função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha” e “classificação final do caso” foram as que tiveram maior ocorrência de não-preenchimento de campo nessas fichas.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Natal, com gestantes notificadas com sífilis e crianças notificadas com sífilis congênita, foi encontrado, na análise do preenchimento das fichas, um quantitativo significativo de dados em branco nas informações sobre notificação individual, dados de residência, antecedentes epidemiológicos da gestante, classificação clínica, dados laboratoriais e tratamento/encerramento. Visto que o SINAN traz que todos os dados são de preenchimento obrigatório, é evidenciado na literatura a significativa ausência de informações sobre os dados clínicos, de diagnóstico, de tratamento e de sinais da sífilis. Fato este que contribui para a existência de fragilidades do processo de investigação e de notificação da doença e que pode impossibilitar o conhecimento do verdadeiro estado epidemiológico e, assim, reduz a possibilidade de erradicação do agravo (OLIVEIRA, 2016).

Outro elemento importante são os dados evidenciados no Boletim Epidemiológico Mineiro da sífilis que destaca um número de 179 casos de gestantes com sífilis que teve o preenchimento no campo ignorado ou o campo em branco, perfazendo um total de 6,16% dos casos. Sem essas informações, acaba tendo um comprometimento evidente da qualidade dos dados no SINAN, e configurando inconsistências graves no banco de dados e, assim, comprometendo a veracidade e a qualidade das informações registradas no sistema. (MINAS GERAIS, 2017).

De acordo com Costa e Frias (2009), ao se pensar em um SIS, a principal preocupação das pessoas que utilizarão as informações contidas nesses sistemas está em torno da qualidade dessas informações, atentando para não obterem dados errôneos de determinada doença ou população. À vista disso, estão as variáveis sem preenchimento que podem estar ligadas à falta de cuidado e de importância dada à notificação/investigação por parte do profissional responsável por seu preenchimento, levando, assim, ao fornecimento de informações de pouca qualidade. Dessa maneira, faz-se necessário que os profissionais compreendam melhor a importância de se preencher todos os campos possíveis de uma ficha de notificação/investigação, deixando em branco somente a informação que realmente não se aplica ao caso.

Nesse contexto, a baixa completude dos dados ou o não-preenchimento das variáveis é um pressuposto de falha na investigação epidemiológica e confirma a necessidade de trabalho criterioso de conscientização e sensibilização dos profissionais envolvidos no preenchimento desses documentos. Traz assim, como rotina, a importância de investigar 100% dos casos notificados e, principalmente, a relevância do preenchimento de todos os campos da ficha de investigação epidemiológica, incluindo também a classificação final do caso, para que haja com fidelidade o encerramento oportuno de todos os casos (OLIVEIRA et al., 2009).

Neste estudo, como em outros relacionados à análise de dados epidemiológicos do SINAN, as variáveis relacionadas à identificação do paciente são as que mais possuem boa ou até excelente completitude. Sendo assim, faz-se importante salientar que a alta completitude desses campos e, principalmente, daqueles em que são identificados a fonte notificadora e o local de residência do notificado, provavelmente acontece devido ao fato de que, na falta do seu preenchimento, torna-se impossível a inclusão da notificação nesse sistema. Constata-se, então, que existem insuficiências de registros em diferentes sistemas,

devido a carências no preenchimento dos campos da ficha de investigação, levando, assim, ao comprometimento da qualidade das informações disponíveis e da prestação de um serviço de vigilância epidemiológica eficiente (GOMES; CALDAS, 2017).

À vista disso, para uma melhora das condições dos dados nos SIS, inclusive no SINAN, a responsabilidade sobre a qualidade das informações nas notificações/investigações deve ser transferida para o cotidiano do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro, que é considerado o maior responsável por esses registros. Seria esse um passo importante para que o enfermeiro tenha um bom gerenciamento da qualidade do preenchimento dos registros dos SIS e, ainda, a valorização das informações pertencentes às fichas de notificação/investigação. Isso pode fazer com que outros profissionais da equipe se sintam sensibilizados se porventura forem responsáveis por esse preenchimento em algum momento, uma vez que, assim, haverá uma produção de dados de boa qualidade (SILVA; AIDAR; MATHIAS, 2011).

Além disso, a manutenção contínua e atualizada dos dados do SINAN é essencial para o acompanhamento periódico da situação epidemiológica dos agravos inclusos nesse sistema. Os dados com pouca qualidade, ou seja, fichas de notificação ou investigação com quantidade significativa de campos em branco ou com preenchimento do campo ignorado, incoerências de dados, duplicidade de registros, o que causa uma superestimação do número de casos, entre outros, apontam a necessidade de avaliação criteriosa da qualidade da informação coletada e digitada no sistema, antes da transferência desses dados para outras esferas governamentais. Cabe mencionar também que a demora no encerramento dos casos no sistema eletrônico faz com que as análises geradas a partir dos dados existentes não representem a realidade epidemiológica dos agravos e que pode causar um prejuízo na geração de medidas de controle e gerenciamento dos programas de prevenção (BRASIL, 2007).

Constatou-se também nos resultados do presente estudo que uma parcela das fichas de investigação avaliadas apresentava o preenchimento do campo ignorado em algumas variáveis. Dentre essas, a maior parte continha até duas variáveis com preenchimento do campo ignorado e a variável “antecedentes de sífilis”, seguida da variável “escolaridade”, foram as que mais tiveram seu preenchimento no campo ignorado. É válido trazer também para esta discussão que

as variáveis “raça/cor”, “tratamento realizado para antecedentes de sífilis” e “resultado do teste não treponêmico” tiveram o campo ignorado raramente preenchido.

Em conformidade com o Boletim Epidemiológico da Sífilis, divulgado no ano de 2017, uma porcentagem significativa das notificações do agravo (37,7%), a informação relativa à escolaridade foi preenchida como ignorada. Em relação à informação sobre raça/cor, foi evidenciada uma melhora na qualidade do preenchimento, uma vez que no ano de 2010, 34,5% dos casos possuíam esse dado registrado como ignorado, percentual este que alterou em 2016, totalizando 18,0% dos casos com esse tipo de preenchimento (BRASIL, 2017).

Em uma investigação desenvolvida no município de Vitória da Conquista-BA, no período de 2011 a 2014, com 90 pessoas com diagnóstico de hepatite B, foi evidenciado que os dados sobre a escolaridade tiveram um quantitativo de 16,7% das fichas com preenchimento do campo ignorado e a variável tipo de ocupação um total de 22,2%. Dessa maneira, os autores destacaram que esse fato pode estar ligado também à negligência por parte dos profissionais de saúde responsáveis por tal preenchimento (SANTOS; MORAIS, 2017). Assim, pode-se inferir que para todos os agravos notificáveis, principalmente a sífilis adquirida - que se encontra recente no SINAN -, o aprimoramento das informações no sistema é de extrema importância para que os dados tenham um preenchimento de boa qualidade, tornando possível o traçado do real perfil dessa população no país.

Então, quando se fala sobre as variáveis que foram preenchidas no campo ignorado, estas são resultados de múltiplas deficiências no momento do preenchimento das fichas. Esses percalços podem acontecer devido à falta de informação nos prontuários dos pacientes e também pela ausência de certas informações que deveriam ser fornecidas pelos próprios portadores do agravo no ato da notificação/investigação. Para amenizar essa situação, as normas de preenchimento das fichas poderiam ser revistas, trazendo mais detalhadamente que o preenchimento das variáveis como “ignoradas” ocorreriam somente quando realmente não se conhece a informação solicitada (COSTA; FRIAS, 2009).

Nesse sentido, registrar a informação como ignorada na ficha de investigação/notificação deve ser compreendido a partir do seu conceito operacional. O campo “ignorado” deve ser preenchido a partir do momento em que as respostas adequadas são de fato desconhecidas ou não informadas pelo investigado; dessa

forma não representaria uma falha ou negligência por parte do profissional responsável pelo preenchimento da ficha ou do profissional designado para alimentar o SINAN. Desse modo, a resposta “ignorado” pode ser realmente a verdadeira, uma vez que demonstra a real situação vivida pelo profissional no momento da notificação/investigação, pois ele pode não ter tido condições ou conhecimento das informações suficientes, mediante as respostas dos pacientes, para investigar o caso de forma a preencher todos os campos exigidos na referida ficha. Então, se o campo “ignorado” fosse preenchido da maneira citada anteriormente, não seria interpretado como indicativo de má qualidade da informação (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2017).

Cabe ressaltar também que esse preenchimento indevido do campo ignorado em algumas variáveis da ficha pode ter ocorrido no presente estudo por serem observadas algumas deficiências no preenchimento da ficha de investigação, assim como já constatado na literatura. A exemplo disso, está o preenchimento deficiente de variáveis importantes, como a escolaridade, a qual possui um grau de completude classificado como ruim para diferentes agravos e não somente na sífilis adquirida, como encontrado nesta pesquisa. Fato este que faz com que a omissão de informações sobre essa variável cause um comprometimento dos estudos epidemiológicos, uma vez que a referida variável é imperativa para se saber sobre as condições socioeconômicas do indivíduo notificado/investigado (GOMES; CALDAS, 2017).

Encontrou-se também no presente estudo um percentual relevante de fichas de investigação que possuíam incoerência de dados, sendo que, dentre elas, havia pelo menos uma incoerência de dados, e o resultado do teste treponêmico/classificação final do caso foi a de maior ocorrência, seguida da classificação clínica/esquema de tratamento realizado.

Em uma investigação realizada no SINAN, com informações de 147 fichas de notificação e investigação da hanseníase, de casos atendidos no Centro de Referência Estadual Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte, entre janeiro de 2006 e dezembro 2010, foram encontradas evidências sobre as inconsistências de informações nos itens e com preenchimento inadequado (BOVENDORP et al., 2014). Mesmo sendo agravos diferentes, esses dados estão em consonância com o presente estudo, diante da situação que ambos evidenciam da falta de atenção e de

comprometimento dos profissionais durante o preenchimento das informações nas fichas.

No momento em que a notificação/investigação da sífilis adquirida foi criada em 2010, até o dia 17 de outubro de 2017, que se refere à data em que foi publicada a Nota Informativa n. 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS, a qual oferece mudanças nas definições dos casos sífilis adquirida, os casos confirmados obedeciam a critérios diferentes dos apresentados atualmente. Todos os indivíduos que apresentassem o cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária, evidenciando clinicamente a sífilis primária ou secundária, com resultado teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, eram incluídos como casos confirmados da doença. Já os indivíduos assintomáticos com teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, eram incluídos como casos confirmados de sífilis adquirida (BRASIL, 2016d; BRASIL, 2017).

Cabe trazer à discussão também que, apesar de os resultados dos testes laboratoriais serem interpretados pelo médico, em consonância com a história clínica do paciente e com os dados epidemiológicos, as Estratégias para Diagnóstico da Sífilis no Brasil traziam interpretações essenciais para se diagnosticar a doença. Dessa forma, se o indivíduo possuía um teste não-treponêmico reagente e o treponêmico reagente, poderia significar sífilis ativa, sífilis latente ou sífilis tratada, fazendo-se necessário então esclarecer e analisar a história clínica e epidemiológica do usuário. Para resultados de teste não-treponêmico reagente, muitas vezes, com títulos baixos e de teste treponêmico não-reagente, seria então uma improvável infecção por sífilis, sendo indispensável a investigação de doenças que possam explicar a positividade do teste não-treponêmico (BRASIL, 2010c).

A respeito do teste não-treponêmico não-reagente e o treponêmico reagente, pode ser caracterizada sífilis primária, diante da possível presença do cancro ou sífilis anteriormente tratada. Nessa situação, cabe a realização do exame físico em busca da possível lesão primária e conhecer sobre a história clínica e epidemiológica do paciente. Diante do teste não-treponêmico e o treponêmico não-reagente, possivelmente a pessoa não tem sífilis ou a infecção é extremamente recente e os anticorpos ainda não são detectáveis, com esse tipo de resultado. Em casos de persistência da suspeita clínica em 20 ou 30 dias os testes devem ser realizados novamente (BRASIL, 2010c).

A definição de caso sífilis adquirida, atualmente, vem obedecendo aos critérios descritos na Nota Informativa n. 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Nesse documento constam algumas mudanças que foram baseadas nos critérios adotados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pela OMS. Então, neste momento os casos de sífilis adquirida em indivíduos assintomáticos poderão ser definidos com o teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e o treponêmico reagente, sem registro de tratamento prévio. Os indivíduos sintomáticos poderão ser incluídos em casos de sífilis adquirida a partir de pelo menos um teste reagente, seja ele treponêmico ou não-treponêmico e com qualquer titulação (BRASIL, 2017).

Vale inserir nessa discussão que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST traz que o teste não-treponêmico reagente e o treponêmico reagente deve ser caracterizado como diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. Esta somente com conhecimento de tratamento anterior documentado, possuindo queda de titulação em pelo menos 2 diluições. Para resultados de teste não-treponêmico reagente e de treponêmico não-reagente, pode ser um resultado falso-reagente no teste não-treponêmico, fundamentalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4. Nos casos em que a titulação for maior que 1:4, recomenda-se realizar outro teste treponêmico com metodologia diferente, assim, a classificação final será definida pelo resultado do terceiro teste (BRASIL, 2018).

A respeito do teste não-treponêmico não-reagente e o treponêmico reagente, faz-se necessária a realização de um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. Se porventura o resultado for reagente, é definido como diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica e, se não-reagente, deve se considerar o primeiro resultado falso reagente, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Diante do teste não treponêmico e do treponêmico não-reagente, é indicado não realizar o teste complementar se o primeiro já for não-reagente e não houver suspeita clínica de sífilis primária, uma vez que pode estar indicando a ausência de infecção ou período de incubação da sífilis recente (BRASIL, 2018).

Em consonância com o exposto, pode-se inferir então que, até a data final de coleta dos dados da presente pesquisa, obedecia-se aos critérios de definição de casos citados em primeira linha, ou seja, as definidas no ano de 2010. Dessa forma, foi constatada a incoerência dos dados contidas nas fichas de investigação

analisadas, entre o resultado do teste treponêmico e a classificação final do caso. Isso se deve a uma grande quantidade de fichas de investigação com preenchimento do campo referente a esse exame laboratorial em branco, ou ignorado e/ou assinalado com resultado não-reagente e, com isso, não sendo coerente com a confirmação final do caso em sífilis adquirida.

Diante do exposto e, em relação à incoerência “classificação clínica/esquema de tratamento realizado”, cabe ressaltar algumas considerações em torno do diagnóstico de sífilis, mencionando que os indivíduos portadores desse agravo devem ser tratados imediatamente de acordo com o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis” (BRASIL, 2015c). O sucesso do tratamento se dá com a persistência de resultados reagentes com títulos baixos após um ano do tratamento, isso se descartada nova exposição durante esse período; se não houver esse descarte, um novo tratamento deve ser realizado; e, se houver elevação dos títulos, deve-se analisar uma possível reinfecção ou reativação da infecção. Para o monitoramento da resposta ao tratamento devem ser utilizados somente os testes não-treponêmicos, uma vez que são capazes de verificar a titulação da amostra (BRASIL, 2016c).

Em referência aos diagnósticos realizados utilizando os testes rápidos, o tratamento de todos os indivíduos com esse tipo de exame com o resultado positivo pode culminar em excesso de tratamento. Isso devido ao fato de que a testagem rápida detecta somente anticorpos específicos; dessa maneira, não é possível distinguir a infecção tratada da presença de falsos resultados positivos. Entretanto, devido às graves consequências do não-tratamento, populações de alta prevalência e com poucos cuidados com a saúde podem ser beneficiadas com esse tratamento e superar o custo do tratamento em excesso, mas para tanto deve-se verificar caso a caso, tomando essa decisão com conhecimento suficiente da história clínica e epidemiológica do paciente, em associação com o resultado do teste VDRL (VAULET et al., 2018).

O Boletim Epidemiológico da Sífilis traz informações quanto à classificação clínica exclusivamente sobre a doença em gestantes. Informação essa que cita a observação de que grande parte do preenchimento das fichas de investigação pode ter sido realizado de forma errônea, uma vez que a maioria delas eram classificadas

como sífilis primária, o que não pode não ser justificado pela fisiopatologia da doença (BRASIL, 2017).

Desse modo, vale inferir que no presente estudo também pode ter acontecido exatamente a mesma situação, uma vez que a maioria dos casos foram classificados com a doença em sua fase terciária, podendo a pessoa, na realidade, não estar com o agravo em uma fase tão avançada. Quanto ao esquema de tratamento, os números são ainda mais exorbitantes, uma vez que a maioria dos classificados como portadores de sífilis no presente estudo foram tratados com penicilina 7.200.000 UI, mas, com base nos referências elaborados pelo MS, poderiam ser tratados com dosagens menores da medicação, pois este esquema de tratamento é destinado para portadores de sífilis latente tardia, tendo mais de um ano de duração ou latente com duração ignorada e sífilis terciária (BRASIL, 2015c).

Portanto, de acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis, considera-se dentre os tratamentos realizados de forma incorreta, destaca-se o tratamento inadequado para a fase clínica da doença, uma vez que, para cada estágio em que a sífilis se encontra, existe um tratamento específico e com quantidade correta de penicilina benzatina (BRASIL, 2016c; BRASIL, 2016d).

Pode-se afirmar também que a utilização em grande escala da penicilina benzatina, sem a devida necessidade, pode colaborar ainda mais com o desabastecimento da medicação no país, uma vez que esse medicamento foi reconhecido pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2016, como o tratamento efetivo para o controle na transmissão da sífilis. Em contrapartida, esse medicamento se encontra escasso em todos os países do mundo, desde o ano de 2014. Esse desabastecimento enfrentado pelo Brasil e por outros países, no que tange à penicilina benzatina, está acontecendo devido à insuficiência mundial de matéria-prima destinada à sua produção (BRASIL, 2016d; BRASIL 2017).

De acordo com Oliveira et al. (2009), quando as informações relacionadas aos dados laboratoriais de extrema relevância para o encerramento e classificação final do caso apresentam baixa completude, esse fato pode estar relacionado à confirmação dos casos por meio do critério clínico epidemiológico. Assim, é necessário que os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento clínico saibam que a ausência de exames diagnósticos confirmatórios específicos pode comprometer a investigação oportuna dos casos. Cabe inferir então que, na inexistência de exames laboratoriais confirmatórios para a sífilis, o profissional

responsável pela notificação do agravo pode preencher a ficha de investigação somente com a informação disponível, a fim de não faltar dados obrigatórios para o lançamento no SINAN. Com isso, será possível promover o encerramento sem os devidos exames para confirmação ou descarte do caso.

Outro resultado constatado na presente investigação refere-se à maior frequência da função dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de investigação ter sido os enfermeiros, seguida dos técnicos de enfermagem, dos auxiliares de enfermagem e dos médicos.

Em uma pesquisa realizada em Valparaíso-Goiás para a análise e avaliação da completude das fichas de investigação de dengue nos anos de 2012 a 2015, foi evidenciado que nos campos referentes as informações sobre o investigador são propostas para a identificação do profissional responsável pelo preenchimento da ficha. Ressalta-se que esse campo não é digitado no sistema de informação, e existe somente na ficha física; por esse motivo não foi analisado no referido inquérito (SILVA; MENDES, 2016). Com isso, percebe-se que existe uma escassez de estudos sobre o assunto referente ao preenchimento das fichas de investigação e notificação, mas que foi objetivo do presente estudo. Percebe-se, assim, a importância do preenchimento efetivo das fichas por parte do profissional, principalmente o enfermeiro, por ser considerado o maior responsável por essa função.

Essa situação pode estar associada ao fato de que o enfermeiro é um profissional que pode exercer funções em quase todos os campos do atendimento em saúde, começando pelo cuidado direto, em todos os níveis de atenção, até a gestão em saúde. Assim, para exercer tais funções, esse profissional deve estar atento a atualizações na sua área de atuação e, principalmente, dar a devida importância para as capacitações em torno dos SIS, que, por muitas vezes, são alimentados também pelos enfermeiros. Atualmente, a informatização está em destaque e os SIS são ferramentas de trabalho importantes e indispensáveis em todas as esferas de atenção à saúde (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

À vista disso, há a necessidade de um envolvimento maior de todos os profissionais responsáveis pelo preenchimento de tais documentações, englobando desde os gestores até os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde, essencialmente os enfermeiros, almejando, assim, o fornecimento de uma melhor qualidade nas informações inseridas nesses sistemas, principalmente no que tange

às notificações e às investigações. Portanto, esses profissionais de saúde carecem de capacitação constante no que se refere à importância do preenchimento desses documentos específicos, fazendo com que todos possam enxergar essa ação como uma forma de vigilância em saúde, e não somente um ato meramente burocrático (COSTA; FRIAS, 2009).

Dessa forma, a garantia da consistência da informação no SINAN é de responsabilidade do profissional que efetivou o preenchimento da investigação. Essa responsabilização pode afetar as três esferas do Governo, principalmente em relação ao encerramento dos casos, uma vez que, se existem falhas nas informações, a magnitude do agravo pode estar mascarada em todo o país. Com isso, para garantir que essas informações sejam fideis, é necessário que o profissional busque o retorno dos resultados de exames laboratoriais, faça revisão de prontuário e, se necessário, realize visitas domiciliares. O primordial é manter as informações no SINAN atualizadas e verdadeiras, uma vez que, do contrário, o país poderá continuar sem informações necessárias para planejar novas estratégias de controle de uma determinada doença (OLIVEIRA et al., 2009).

Com o propósito de aprimorar a qualidade e a confiabilidade da vigilância epidemiológica dos agravos notificáveis, principalmente a sífilis, é primordial que haja investimentos na capacitação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação e investigação. Cabe mencionar que obter dados de boa qualidade é uma condição essencial para que o sistema de saúde caracterize as falhas e gere novas propostas de intervenção, para o controle do agravo e o aprimoramento da respectiva vigilância. Desse modo, torna-se possível a criação de novas ferramentas mais adequadas, para garantir que os gestores tenham acesso às informações de qualidade, a fim de criarem novas políticas públicas e o planejamento de ações eficientes (MUGUANDE et al., 2011).

Para tanto, o preenchimento dos dados em sua real completude nas fichas de notificação e de investigação precisa ser tratado como uma ferramenta de trabalho, de organização e de gestão. Sendo assim, pode-se dizer que o verdadeiro empenho dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dessas documentações, principalmente o enfermeiro, em fazer o uso correto dos sistemas no momento da digitação, com a alimentação de dados de forma coerente, legítima e atualizada, permitiria ter acesso a relatórios consistentes, capazes de demonstrar nitidamente a imagem epidemiológica de um determinado município ou até mesmo de todo país,

facilitando, assim, as atividades de monitoramento dos agravos (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar as notificações dos casos de sífilis adquirida registradas no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis de uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais.

Desse modo, de acordo com o primeiro objetivo específico (identificar a quantidade de notificações de sífilis adquiridas no período de janeiro de 2010 a junho de 2017) torna-se possível concluir que nesse período foram notificados 380 casos de sífilis adquirida, mas foram apresentadas 294 fichas de investigação/notificações desse agravo à SRS.

Com base nos resultados encontrados para responder ao segundo objetivo específico (identificar as variáveis sociodemográficas, os dados clínicos e laboratoriais e a evolução do caso dos sujeitos do estudo), constatou-se que houve maior frequência do ano de 2016 como notificação; do ano de 2015 como diagnóstico; da faixa etária de 20 a 35 anos; do sexo masculino; da raça/cor branca; da escolaridade de ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau); zona de moradia urbana; ocupação do lar; de pessoas sem antecedentes de sífilis; de pessoas que mantêm relações sexuais com homens; de casos que possui resultado do teste não-treponêmico reagente e, quanto ao resultado do teste treponêmico, a maioria também possuía resultado reagente. Constatou-se maior predomínio dos indivíduos com a doença em sua fase terciária; que utilizaram a Penicilina G benzatina 7.200.000 UI como esquema de tratamento realizado e que apresentaram a confirmação na classificação final do caso.

Torna-se possível concluir, por meio dos resultados apresentados para responder ao terceiro objetivo específico (elaborar mapas temáticos dos casos de sífilis adquirida notificados na referida Superintendência Regional de Saúde no período de janeiro de 2010 a junho de 2017 de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e zona de moradia), que o sexo masculino foi o de maior número na maioria dos municípios que pertencem à respectiva SRS, exceto da cidade de Paraguaçu. Quanto à faixa etária, a maioria dos casos foi de até 35 anos de idade, o que ocorreu em todos os municípios. No que se pode constatar sobre a escolaridade, a maioria foi de analfabetos a ensino fundamental completo na maior parte dos municípios, exceto nas cidades de Bandeira do Sul, Carvalhópolis e Monte

Belo. No que diz respeito à zona de moradia, a maioria da população estudada era residente na área urbana, em todos os municípios.

De acordo com o quarto objetivo específico proposto neste estudo, que foi verificar se existe associação entre as variáveis referentes aos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e zona de moradia) com as variáveis clínicas e laboratoriais (comportamento sexual, antecedentes de sífilis e classificação clínica); a variável antecedentes da sífilis com as variáveis comportamento sexual, resultado dos exames e classificação clínica; e a variável comportamento sexual com a variável classificação clínica, constatou-se que apenas a variável sexo apresentou associação significativa com o comportamento sexual, assim os homens apresentaram mais chance de comportamento sexual para relações sexuais com homens e relações sexuais com homens e mulheres.

Por fim, foi possível concluir, com base no quinto objetivo específico (analisar o preenchimento das fichas de investigação de sífilis adquirida no período de janeiro de 2010 a junho de 2017, segundo os critérios campos não preenchidos, preenchimento do campo ignorado e incoerências de dados), que, do total da amostra, a maioria apresentou alguma variável sem preenchimento, sendo que a função do profissional responsável pelo preenchimento foi a de maior predominância. Dentre as fichas que apresentaram variáveis com preenchimento do campo ignorado, destacou-se a antecedentes de sífilis. Das fichas de investigação que apresentaram incoerência de dados, o resultado do teste treponêmico/classificação final do caso foi a de maior predominância. Verificou-se também uma maior frequência de enfermeiros responsáveis pelo preenchimento das fichas, seguida dos técnicos de enfermagem.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis adquirida ainda se apresenta como uma doença silenciosa, muitas vezes assintomática, contribuindo, assim, para que os casos continuem com dificuldades de serem diagnosticados, tratados e, conseqüentemente, notificados/investigados de forma apropriada.

No contexto das investigações/notificações dos agravos, ressalta-se que, pelas variáveis analisadas, é possível constatar que o preenchimento das fichas de investigação não pode ser considerado de boa qualidade. Dessa forma, faz-se necessário que haja uma melhora no levantamento e registro desses dados, nos municípios que pertencem à respectiva SRS. Dessa maneira, a análise do preenchimento das fichas de investigação da sífilis adquirida foi realizada com o intuito de considerar a necessidade de implementação de intervenções que possam melhorar referido preenchimento, principalmente em relação à completude dos dados.

Essa avaliação da completude no preenchimento das variáveis que pertencem à ficha de investigação da sífilis adquirida demonstrou uma situação adversa e que pode comprometer a qualidade dos dados informados à SES e, conseqüentemente, ao MS. Isso devido ao fato do preenchimento falho e incompleto das fichas, que torna impossível informar os dados reais a essas esferas de Governo. Pode-se associar esse fenômeno à possível falta de interesse profissional em preencher corretamente as notificações/investigações ou pela desvalorização dessas informações, por pressupor se tratar somente de uma atividade burocrática no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Esses fatos apontados podem ser revertidos por meio de capacitações para os profissionais de saúde. Assim, eles podem adquirir mais conhecimento em torno da importância do fornecimento de dados de qualidade e entenderem que preencher as fichas de notificação/investigação não é meramente uma burocracia. Dessa forma, podem perceber o preenchimento dessas fichas como uma atividade de extrema importância para conhecimento do real perfil desse agravo e, a partir disso, traçar novas políticas de saúde, a fim de diminuir a transmissão e até mesmo erradicar a doença.

Dessa forma, é sabido que uma investigação epidemiológica efetiva e de qualidade é de extrema importância e, conseqüentemente, poderá melhorar os

dados da sífilis. Com isso, retoma-se a informação de que são fundamentais as capacitações e a educação permanente para os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que são os maiores responsáveis por notificar e por investigar o indivíduo portador dessa doença. Além de promover a conscientização e a responsabilidade no levantamento e na qualidade dessas informações, que irão alimentar o banco de dados no SINAN.

Diante das colocações anteriores, pode-se afirmar que esses dados poderão ser subestimados, considerando o fato de que existem falhas na regularidade dos registros da sífilis adquirida, mesmo sendo a de notificação/investigação um documento obrigatório para esse agravo. Isso faz com que os dados se tornem escassos e os casos inconclusivos, limitando a possibilidade de aplicação de novas estratégias preventivas de saúde de forma eficiente. Em contrapartida, se houver profissionais engajados em melhorar essas informações, é possível possibilitar uma efetiva implementação de políticas públicas direcionadas à população vulnerável. Com isso, permitirá também a elaboração de indicadores de saúde concretos e efetivos que são necessários para a mudança da real situação epidemiológica da sífilis adquirida no país.

O presente estudo apresentou limitações que merecem ser mencionadas. Destaca-se o fato de não ter sido possível a coleta de dados diretamente no SINAN, uma vez que nesse sistema não há a ficha de investigação em sua completude, e sim a ficha de notificação/conclusão (a not conclui). Frente a isso, como mencionado no capítulo “Método”, todas as fichas de investigação de sífilis adquirida, referentes ao período analisado, foram enviadas via *e-mail* para a respectiva SRS. Isso inviabilizou a visão da completude dos dados e o traçado do perfil da população, bem como da avaliação de outras inconsistências preconizadas pelo Manual do SINAN, em todos os municípios que compõem a microrregião avaliada. Uma vez que nem todos os municípios tinham a ficha física de investigação arquivadas em seus estabelecimentos para enviar ao serviço e, assim, ser possível o desenvolvimento do estudo. Ademais, foram avaliadas apenas as fichas de investigação de sífilis adquirida que foram enviadas na íntegra para a SRS. Diante do exposto, afirma-se que há necessidade urgente da inserção da ficha de investigação da sífilis adquirida original no SINAN, uma vez que, sem os dados no sistema, o MS fica impossibilitado de conhecer os dados clínicos e laboratoriais dessa população no Estado de Minas Gerais.

Outra limitação refere-se ao fato de que, mesmo a análise de completude e de conhecimento do perfil epidemiológico dessa população ter sido similar à de outros estudos, a variável “incoerência de dados” foi bastante diferente nessas comparações e na discussão dos resultados. Isso se deve pelo motivo de não terem sido encontrados na literatura estudos que analisassem essas informações no respectivo agravo.

Mediante o exposto, faz-se necessária a realização de novas investigações para confirmar a qualidade dos registros referente à notificação da sífilis, assim como, para conhecimento do perfil epidemiológico e, principalmente, da incoerência de dados apresentadas nas fichas de investigação da sífilis adquirida. Percebe-se também a necessidade da realização de estudos em outras regiões e em outras regionais de saúde do país. Isso seria importante para verificar a real condição de saúde das pessoas acometidas pela sífilis adquirida e compará-las à população pesquisada na presente investigação.

Devem ser realizados também estudos longitudinais, abordando a temática analisada nesta pesquisa, de modo a evidenciar onexo-causal e a causa-efeito das notificações e investigações dos casos de sífilis adquirida. Essas pesquisas podem apresentar, por exemplo, desenhos experimentais ou quase-experimentais, com aplicação de intervenções em grupos de pessoas portadoras da doença ou em profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro. Esses estudos teriam o intuito de verificar se, com a realização de capacitações/intervenções direcionadas aos profissionais, os resultados referentes às notificações sofrem melhora em relação à qualidade e, também, se com novas estratégias de saúde haverá sucesso no diagnóstico e no tratamento das pessoas acometidas, refletindo na diminuição do número de casos.

Por fim, percebe-se o quanto é importante estimular o profissional de saúde para realizar a notificação e a investigação corretamente dos agravos notificáveis, em especial a sífilis adquirida. Compreende-se que, se não houver dados de boa qualidade, torna-se impossível o conhecimento do perfil da população acometida por esse agravo, fazendo com que prejudique a implantação de estratégias de saúde efetivas para combater a doença. Destaca-se que a sífilis adquirida passa por um momento delicado e que merece toda atenção por parte das políticas públicas de saúde, dos gestores, dos serviços de saúde e dos profissionais, principalmente dos enfermeiros. Essa atenção é destinada à reversão da situação epidemiológica da

doença na região, assim como, em todo o país, para que seja possível diminuir o número de casos e, talvez, a erradicação da sífilis em todas as suas formas.

REFERÊNCIAS

ABARA, W. E. et al. Syphilis Trends among Men Who Have Sex with Men in the United States and Western Europe: A Systematic Review of Trend Studies Published between 2004 and 2015. **Journal Plos One**, California, v. 11, n. 7, p. 1-19, Jul. 2016.

AIRES, L. F. J. Uveíte e lesões primárias disseminadas na sífilis adquirida. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 180-183, jul./dez. 2007.

ALMEIDA, V. C. **A sífilis em população vulnerável: epidemiologia e fatores associados à reinfecção e coinfeção com HIV em Campinas, São Paulo**. 2014, 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, área de concentração: Epidemiologia) - Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2014.

ALMEIDA, V. C.; DONALISIO, M. R.; CORDEIRO, R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n. 64, p. 1-9, 2017.

AMORAS, B. C.; CAMPOS, A. R.; BESERRA, E. P. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v. 8, n. 1, p. 163-171, jan./jun. 2015.

ANDRADE, L. D. F. et al. Promovendo ações educativas sobre sífilis entre estudantes de uma escola pública: relato de experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 157-160, abr./jun. 2014.

ARAL, S. O.; FENTON, K. A.; HOLMES, K. K. Sexually transmitted diseases in the USA: temporal trends. **Journal Epidemiological Review**, Oxford, v. 83, n.1, p. 257-266, Jul. 2007.

ARAÚJO, M. A. L. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 347-353, out./dez. 2015.

ARAÚJO, W. J. et al. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 1, p. 676-81, jan. 2018.

ARAÚJO, Y.B. et al. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 164-170, dez. 2016.

ASSIS, V. C.; AMARAL, M. P. H.; MENDONÇA, A. E. Análise da qualidade das notificações de dengue informadas no sistema de informação de agravos de notificação, na epidemia de 2010, em uma cidade polo da zona da mata do estado de Minas Gerais. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 4, p. 429 - 437, out./dez. 2014.

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.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2004.

BALUZ, R. A. R. Geoprocessamento aliado à técnica de data warehouse como ferramenta para auxílio na saúde pública. *Revista F@pciência*, Apucarana, v.7, n. 10, p. 103-116, out. 2010.

BITTENCOURT, M. J. S.; NASCIMENTO, B. A. M.; DRAGO, M. G. Nodular tertiary syphilis in an immunocompetent patient. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 4, p. 528-530, Aug. 2016.

BONAMIGO, E. L.; SOARES, G. A. F. C. Subnotificação de doenças de notificação compulsória: aspectos éticos, jurídicos e sociais. *Anais de Medicina*, [S.l.], nov. 2015. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaisdemedicina/article/view/9435>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BORDE, E.; HERNANDEZ-ALVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Revista Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul./set. 2015.

BOVENDORP, A. C. C. et al. Qualidade de registros de hanseníase em centro de referência no estado de Minas Gerais, no período de 2006 a 2010. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 6, p. 61-65, jun. 2014.

BRANDÃO, J. E.; SÁ, C. A. M. de; ASENSI, M. D. Correlações histórico-científicas entre sífilis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 39-44, maio 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil / Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**, abr. 2008. 216 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso: 29 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 108 p. Disponível em: http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/901/1/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso: 03 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – ficha de investigação sífilis adquirida**. Vigilância Epidemiológica de Alfenas, 2010b. Disponível em: http://epidemiologia.alfenas.mg.gov.br/news/arquivos/sifilis_adquirida.pdf. Acesso em: 23 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. TELELAB, Ano I, n. 01, 100 p., 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Ano I, n. 01, 16 p., 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tags/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Ano IV, n. 01, 32 p., 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.120p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST no Brasil**. 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **SINAN- O Sistema de Informação de Agravos de Notificação** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em www.portalsinan.gov.br/o-sinan. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. 2016c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Ano V, n. 35, 32 p., 2016d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Ano VI, n. 36, 44 p., 2017.

_____. Ministério da Saúde. **O que faz o departamento de IST, Aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2017. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIEMNTOS DE SAÚDE - CNES. Disponibiliza informações sobre os estabelecimentos de saúde do país. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Ano I, n. 01, 245 p., 2018.

BREMER, V.; MARCUS, U.; HAMOUDA O. Syphilis on the rise again in Germany – results from surveillance data for 2011. **Revista Eurosurveillance**, Europa, v. 17, n. 29, p. 1-5, Jul. 2012.

CAIXETA, L. et al. Neurosífilis: uma breve revisão. **Revista Patologia Tropical**, Goiânia, v. 43, n. 2, p. 121-129, abr./jun. 2014.

CARDOSO, A. R. P. et al. Underreporting of Congenital Syphilis as a Cause of Fetal and Infant Deaths in Northeastern Brazil. **Journal Plos One**, California, v. 11, n. 16, e. 0167255, Dec. 2016.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GRACIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Revista Saúde e Sociedade São Paulo**, São Paulo, v. 26, n.3, p.676-689, jul./ago. 2017.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. **SciELO Book**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 19-38, maio 2013.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 239-245, out./dez. 2012.

CAVALCANTE, G. M. C. C.; AMARAL, W. N. Soroprevalência de sífilis em pacientes submetidos à fertilização assistida. **Revista da Sociedade Brasileira de**

Reprodução Humana – Reprodução e Climatério, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 3-7, abr./maio 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CHOUDHRI, Y. et al. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. **Revista Eurosurveillance**, Europa, v. 44, n. 2, p. 43-48, Fev. 2018.

COHEN, S. E. et al. Repeat syphilis among men who have sex with men in California, 2002-2006: Implications for syphilis elimination Efforts. **American Journal of Public Health**, Whashington, v. 102, n. 1, p. 1-8, Nov. 2011.

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

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 613-624, mar. 2009.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. 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, dez. 2003.

CUNHA, A. R. C.; MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 38, n. 6, p. 479-486, nov./dez. 2015.

DESSUNTI, E. M.; REIS, A. O. A.; Vulnerabilidade às DST/AIDS entre estudantes da saúde: estudo comparativo entre primeira e última série. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. suplemento, p. 274-283, 2012.

DIMBUENE, Z. T.; EMINA, J. B. O.; SANKOH, O. UNAIDS 'multiple sexual partners' core indicator: promoting sexual networks to reduce potential bias. **Journal Global Health Action**, New York, v. 7, n. 1, p. 1-6, Mar. 2014.

DOURADO, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-88, set. 2015.

FAGUNDES, L.J. Sexually transmitted diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from January 1999 to December 2009. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 523-529, Jul./Ago. 2013.

FERRAZ, L. M.; MARTINS, A. C. S. Atuação do enfermeiro no diagnóstico e no tratamento do herpes genital, na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS- Atenção Primária à Saúde**; Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 143-149, abr./jun. 2014.

FERREIRA, C. O. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 388-409, abr./jun. 2016.

FONTE, V. R. F. et al. Jovens universitários e o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-7, abr./jun. 2018.

FONTES, M. B. et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1343-1352, abr. 2017.

FU, G-F. et al. The Epidemic of HIV, Syphilis, Chlamydia and Gonorrhoea and the Correlates of Sexual Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men in Jiangsu, China, 2009. **Journal Plos One**, California, v. 10, n. 3, p. 1-10, Mar. 2015.

GALDINO, A; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Qualidade do registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais no Brasil, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 1-10, dez. 2017.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017.

GARCIA, F. L. B. **Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás**. 2009. 78 f. Dissertação (Mestrado na área de concentração de Epidemiologia) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2009.

GERMANO, F. B. et al. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico - Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1033-1040, jun. 2008.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-181, 2002.

GIROMETTI, N. et al. High HIV incidence in men who have sex with men following an early syphilis diagnosis: is there room for pre-exposure prophylaxis as a prevention strategy?. **Revista Sexually Transmitted Infections**, Londres, v. 93, n. 6, p. 320-322, Out. 2016.

GOMES, S. C. S.; CALDAS, A. J. M. Qualidade dos dados do sistema de informação sobre acidentes de trabalho com exposição a material biológico no Brasil, 2010 a 2015, **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 200-208, jul./set. 2017.

HARPER, K. N. et al. On the origin of the treponematoses: a phylogenetic approach. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, California, v. 2, n. 1, p. 148, Jan. 2008.

HO, E. L.; LUKEHART, S. A. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. **The Journal of Clinical Investigation**, Michigan, v.121, n.12, p. 4584- 4592, Dec. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **IBGE Cidades @**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades @**. Brasília, 2015. Disponível em: [<ftp://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2015/UFs/MG/>](ftp://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2015/UFs/MG/). Acesso em: 06 mar. 2018.

KOMKA, M. R; LAGO, E. G. Congenital syphilis: notification and reality. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, Oct./Dec. 2007.

LAGUADO, N. F.; GARCIA, M. J. P. Manifestaciones dermatológicas de la sífilis. **Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander**, Bucaramanga, v. 24, n. 2, p. 217-229, May/Ago. 2011.

LETTIERI, I. N. T. **Encerramento oportuno das investigações epidemiológicas das doenças de notificação compulsória**: um estudo em Barra do Piraí. 2008. 21 f. Monografia [Especialização]. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

LIU, H-Y. et al. Comparison of efficacy of treatments for early syphilis: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. **Journal Plos One**, California, v. 12, n. 6, p. 1-15, Jun. 2017.

LUPPI, C. G. et al. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-12, jan./mar. 2018.

LUZ, T. C. B.; PEDROSA, M. L. A subnotificação de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis: a situação do estado do Rio de Janeiro. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 111-116, maio 2005.

MARQUES, S. A. et al. Sífilis secundária. Considerações epidemiológicas a propósito de um caso clínico. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 141-145, out./dez. 2009.

MEIRELES, M. R. G.; ALMEIDA, P.E.M.; SILVA, A.C.M.R. Recuperação de informação no ambiente acadêmico: georreferenciamento dos dados dos estudantes do Instituto de Educação Continuada da PUC Minas. **Revista Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 61-74, set./dez. 2009.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Sífilis e Sífilis Congênita (SC) Panorama Brasil – MG**. Belo Horizonte, 2008.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim epidemiológico mineiro da sífilis - Análise Epidemiológica de Sífilis Panorama do ano de 2016 – MG**, 2017. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/BEM-S%C3%8DFILIS-PDF.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2018.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>. Acesso em 23 nov. 2018.

MONTEIRO, M. O. P. et al. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM - DST/HIV/ AIDS de Feira de Santana, Bahia. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 21-32, jul./set. 2015.

MUGUANDE, O. F. et al. Avaliação da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doença de Chagas Aguda em Minas Gerais, 2005-2008, **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 317-325, jul./set. 2011.

MÜLLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 978-982, nov./dez. 2010.

N, W.C.; A.S. Associated Risk Factors of STIs and Multiple Sexual Relationships among Youths in Malawi. **Journal Plos One**, California, v. 10, n. 8, p. 1-13, Ago. 2015.

NADAL, S. R; FRAMIL, V. M. S. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 479-482, dez. 2007.

NIKULA, M. et al. The socio-demographic patterning of sexual risk behaviour: a survey of Young men in Finland and Estonia. **Journal BMC Public Health**, Londres, v. 9, n. 256, p. 1 -10, Jul. 2009.

NORIEGA, L. et al. Periungual Lesion due to Secondary Syphilis. **Skin Appendage Disord**, Basileia, n. 2, p.116–119, Set. 2016.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, mar. 2009.

OLIVEIRA, F. L.; SILVEIRA, L. K. C. B.; NERY, J. A. C. As diversas apresentações da sífilis secundária. Relato de casos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 6, p.550-553, nov./dez. 2012.

OLIVEIRA, J. A. S.; AFONSO, T. M. O Teste Rápido para o Diagnóstico de HIV na **Atenção Primária à Saúde e a importância da atuação do Enfermeiro**. **Revista Interfaces Científicas - UNIT**, v. 1, n.1, p. 1-3, 2017.

OLIVEIRA, M. E. P. et al. Avaliação da completude dos registros de febre tifóide notificados no SINAN pela Bahia. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 219-226, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, R. C.; NUCCI, L. B. O uso de dados públicos de informações epidemiológicas em artigos científicos. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E DO ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO, 20, 5, 2015, Campinas. **Anais...** Centro de Ciências da Vida, PUC Campinas, set. 2015.

OLIVEIRA, S. I. M. **Notificações de sífilis gestacional e congênita: uma análise epidemiológica**. 2016. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na atenção à saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

PARK, H. et al. Risk Factors Associated with Incident Syphilis in a Cohort of High-Risk Men in Peru. **Journal Plos One**, Califórnia, v.11, n. 9, p.1-10, Sep. 2016.

PATHELA, P. et al. The High Risk of an HIV Diagnosis Following a Diagnosis of Syphilis: A Population-level Analysis of New York City Men. **Revista Clinical Infectious Diseases**, New York, v. 61, n. 2, p. 281-287, Jul. 2015.

PATTON, M. E. et al. Primary and Secondary Syphilis — United States, 2005–2013. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 63, n. 18, p. 402-406, May 2014.

PEDROSA, et al. DST e suas determinantes: quatro anos de vigilância em um centro sentinela no estado do Amazonas – Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 57-65, abr./jun. 2011.

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 21, n. 1, p. 1181-1192, jan./ mar. 2017.

PÉREZ, D.F.; MATTAR, S.V. Prevalência de marcadores infecciosos en el banco de sangre del Hospital San Jerónimo de Montería: 1996 – 2001. **Revista Associação Colombiana de Doenças Infecciosas**. Bogotá, v. 7, n. 1, p.15-20, Ene./Mar. 2003.

PINTO, V. M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.341-354, abr./jun. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS. **Portal da Transparência**. Disponibiliza informações sobre a cidade de Alfenas. Disponível em: <<http://www.alfenas.mg.gov.br/Home/Secretaria/93>>. Acesso em: 09 maio 2017.

REVATHI, T. N.; BHAT, S.; ASHA, G. S. Benign nodular tertiary syphilis: a rare presenting manifestation of HIV infection. **Dermatology Online Journal**, California, v.17, n. 2, p. 5, Feb. 2011.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Practice of nurses in the monitoring of syphilis in primary care. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1247-1255, Apr. 2016.

RODRIGUES, M. A. F.; MOTA, E. L. A. Subnotificação da tuberculose: aplicação da metodologia captura-recaptura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 70-90, abr./jun. 2016.

ROJAS, M. F. M. **Sífilis congênita: follow up de crianças nascidas em uma maternidade pública do estado do Pará**. 2018. 82f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

SÁEZ-ALQUÉZAR, A. et al. Desempenho de testes sorológicos para sífilis, treponêmicos (Elisa) e não treponêmicos (VDRL E RPR), na triagem sorológica para doadores de sangue – confirmação dos resultados por meio de três testes treponêmicos (FTA-abs, WB E TPHA). **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 36, n. 3, p. 215-228, set./dez. 2007.

SANTOS, A. C. S.; MORAIS, M. T. M. Perfil epidemiológico e sociodemográfico dos portadores de Hepatite B de um município do sudoeste baiano. **Revista Saúde.Com**, Salvador, v. 14, n. 1, p. 1073-1080, mar. 2017.

SANTOS, S.R. et al. Sistema de Informação em Saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 833-840, out./dez. 2014.

SANTOS, T. O.; PEREIRA, L. P.; SILVEIRA, D. T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática, **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2017.

SEGURADO, A. C.; CASSENOTE, A. J.; LUNA, E. A. Saúde nas metrópoles - Doenças infecciosas. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, jan./abr. 2016.

SHAH, B. J.; KARIA, D. R.; PAWARA, C. L. Syphilis: Is it making resurgence? **Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS**. Vadodara, v. 36, n. 2, p. 178-181, Jul./Dec. 2015.

SIGNOR, M. et al. Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 398-406, fev. 2018.

SILVA, L. G. R. **Análise Paleogenética de Treponemas em remanescentes humanos do período histórico brasileiro (séculos XVII ao XIX)**. 2014. 91f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M. G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 3, p. 215-220, jul./ set. 2014.

SILVA, G. F.; AIDAR, T.; MATHIAS, T. A. F. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000 a 2005, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 79-86, jan./fev. 2011.

SILVA, L. S.; MENDES, D. R. G. Completude do sistema de informação de agravos de notificação de dengue em Valparaíso de Goiás, 2012-2015. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 5, n. 2, p. 105-116, jul./dez, 2016.

SILVA, S. H. A. J. et al. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 487-498, set. 2016.

SOUSA, D. H. A. V. et al. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Revista Gênero e Direito**, Paraíba, v. 4, n. 1, p. 397-415, jan./abr. 2015.

SOUZA, A. P. **Coinfecção HIV e sífilis: prevalência e fatores de risco**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

STEPHAN, C; HENN, C. A; DONALISIOI, M. R. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 812-819, out. 2010.

TAQUETTE, S. T.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2193-2200, jul. 2015.

TEIXEIRA, L. O. et al. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2587-2597, ago. 2018.

TAYRA, A. et al. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 111-119, jul./dez. 2007.

TUCKERA, J. D.; COHEN, M. S. China's syphilis epidemic: epidemiology, proximate determinants of spread, and control responses. **Journal Current Opinion in Infectious Diseases**, Londres, v. 24, n. 1, p. 50-55, Feb. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS. **Site oficial**. Disponibiliza informações sobre a Universidade. Disponível em: < <http://www.unifal-mg.edu.br/portal/>>. Acesso em: 25 maio 2017.

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO. **Site oficial**. Disponibiliza informações sobre a Universidade. Disponível em: < <https://www.unifenas.br/campus.asp?link=alfenas>>. Acesso em: 25 maio 2017.

VAULET, L. G. et al. Evaluation of the utility of a rapid test for syphilis at a sexually transmitted disease clinic in Buenos Aires, Argentina. **Journal Scientific Reports**, Buenos Aires, v. 8, n. 5, p. 7542-7547, May 2018.

World Health Organization, WHO. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates**. Geneva: World Health Organization, 2001.

_____. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção**. Geneva: OMS, 2008.

_____. **Progress report**, 2010. Disponível em:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf.
Acesso em: 15 agosto 2016.

WONG, N. S. Distribution of reported syphilis cases in South China: spatiotemporal analysis. **Journal Scientific Reports**, Xangai, v.8, n.6, p.9090-9098, jun. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Fábio de Souza Terra, responsável pelo projeto *Notificação da sífilis adquirida em uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais*, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para a realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos por meio das fichas de investigação/notificação de sífilis adquirida presentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Saliento que respeitarei a privacidade e o sigilo tanto dos sujeitos como dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e asseguro que os dados não serão divulgados.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Alfenas, 18 de maio de 2017.



Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Tel: (35) 3701-9471

E-mail: fabio.terra@unifal-mg.edu.br

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto: *Notificação da sífilis adquirida em uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais.*

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

Setor/Departamento: Escola de Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL

Telefone para contato: (35) 3701-9471

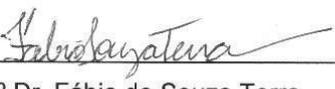
Os autores do projeto de pesquisa compromete-se a manter o sigilo dos dados coletados nas fichas de investigação/notificação presentes no banco de dados - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes a pacientes notificados como portadores de Sífilis Adquirida.

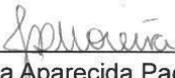
Concorda, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes.

Declara que irá cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Alfenas, 18 de maio de 2017.


 Grazielle Miranda
 CPF: 068.939.236-27


 Profº Dr. Fábio de Souza Terra
 CPF: 039.978.736-40


 Juliana Aparecida Pacheco Moreira
 MASP M13624192
 Superintendente
 SRS / Alfenas
 Diretora da SRS - Alfenas
 CPF: 046.934.026-64

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

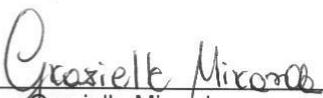
Ilustríssima Senhora,
 Juliana Aparecida Pacheco Moreira
 Diretora da SRS - Alfenas

Eu, Grazielle Miranda, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar a pesquisa intitulada "Notificação da sífilis adquirida em uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais", orientada pelo professor Fábio de Souza Terra, no setor de responsabilidade técnica pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas – MG.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar as notificações dos casos de sífilis adquirida registradas no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis de uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais. O procedimento adotado para a coleta de dados será a busca dos casos de sífilis adquirida notificadas no período de 2010 a 2016, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), não havendo contato direto com a clientela. Esta solicitação de autorização para realização da pesquisa visa atender o disposto na Resolução CNS 466/2012, que trata de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

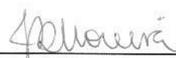
A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que será realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados em publicações de artigos científicos e assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição.

Alfenas, 18 de maio de 2017.


 Grazielle Miranda
 Pesquisadora


 Prof.º Dr. Fábio de Souza Terra
 Orientador

Autorizo a realização desta pesquisa:


 Juliana Aparecida Pacheco Moreira
 MASP M13624192
 Superintendente
 SRS / Alfenas
 Diretora da SRS - Alfenas

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO

Caracterização dos sujeitos (dados sociodemográficos)

1 Município de Notificação: _____

2 Ano de notificação:

2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016

3 Ano de diagnóstico:

2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016

4 Idade (em anos): _____

5 Sexo:

Masculino Feminino Ignorado

6 Raça/Cor:

Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado

7 Escolaridade:

- Analfabeto
- 1° a 4° série incompleta do EF (antigo primário ou 1° grau)
- 4° série completa do EF (antigo primário ou 1° grau)
- 5° a 8° série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1° grau)
- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1° grau)
- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2° grau)
- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2° grau)
- Educação superior incompleta
- Educação superior completa
- Ignorado
- Não se aplica

8 Município de residência:

9 Zona de moradia:

Urbana Rural Periurbana Ignorado

10 Ocupação:

Dados Clínicos e laboratoriais

11 Antecedentes de sífilis:

Sim Não Ignorado

11.1 Se sim, o tratamento foi realizado?

Sim Não Ignorado

12 Comportamento sexual:

- Relações sexuais com homens
- Relações sexuais com mulheres
- Relações sexuais com homens e mulheres
- Ignorado

13 Resultado dos exames: Teste não-treponêmico

Reagente Não reagente Não realizado Ignorado

13.1 Título: 1: _____

14 Teste treponêmico:

Reagente Não-reagente Não realizado Ignorado

15 Classificação Clínica:

Primária Secundária Terciária Latente Ignorado

Evolução do caso

16 Esquema de tratamento realizado:

- Penicilina G benzatina 2.400.000 UI
- Penicilina G benzatina 4.800.000 UI
- Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
- Outro esquema
- Não realizado
- Ignorado

17 Classificação final do caso

Confirmado Descartado

APÊNDICE E – ANÁLISE DO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO

| Critérios | Variáveis * |
|--|--|
| <p>1) Campo sem preenchimento</p> <p>* Todas as variáveis do instrumento</p> | Caracterização dos sujeitos (dados sociodemográficos) |
| | <input type="checkbox"/> Município de Notificação |
| | <input type="checkbox"/> Ano de notificação |
| | <input type="checkbox"/> Ano de diagnóstico |
| | <input type="checkbox"/> Idade (em anos) |
| | <input type="checkbox"/> Sexo |
| | <input type="checkbox"/> Raça/Cor |
| | <input type="checkbox"/> Escolaridade |
| | <input type="checkbox"/> Município de residência |
| | <input type="checkbox"/> Zona de moradia |
| | <input type="checkbox"/> Ocupação |
| | Dados clínicos laboratoriais |
| | <input type="checkbox"/> Antecedentes de sífilis: |
| | <input type="checkbox"/> Se sim, o tratamento foi realizado? |
| | <input type="checkbox"/> Comportamento sexual |
| | <input type="checkbox"/> Resultado dos exames: Teste não-treponêmico |
| | <input type="checkbox"/> Título = 1 |
| | <input type="checkbox"/> Teste treponêmico: |
| | <input type="checkbox"/> Classificação Clínica |
| | Evolução do caso |
| <input type="checkbox"/> Esquema de tratamento realizado | |
| <input type="checkbox"/> Classificação final do caso | |
| <input type="checkbox"/> Função do profissional responsável pelo preenchimento | |
| | |
| Critérios | Variáveis ** |
| <p>2) Preenchimento do campo “ignorado”</p> <p>**Apenas as variáveis do instrumento que apresentam a alternativa de resposta “ignorado”</p> | Caracterização dos sujeitos (dados sociodemográficos) |
| | <input type="checkbox"/> Sexo |
| | <input type="checkbox"/> Raça/Cor |
| | <input type="checkbox"/> Escolaridade |
| | <input type="checkbox"/> Zona de moradia |
| | Dados clínicos laboratoriais |
| | <input type="checkbox"/> Antecedentes de sífilis |
| | <input type="checkbox"/> Se sim, o tratamento foi realizado? |
| | <input type="checkbox"/> Comportamento sexual |
| | <input type="checkbox"/> Resultado dos exames: Teste não-treponêmico |
| | <input type="checkbox"/> Teste treponêmico |
| | <input type="checkbox"/> Classificação Clínica |
| Evolução do caso | |

| | |
|--|--|
| | () Esquema de tratamento realizado |
| | |
| Critérios | Variáveis *** |
| 3) Incoerências de dados *** Apenas as variáveis do instrumento que podem estar interligadas uma à outra | Dados clínicos laboratoriais |
| | () Antecedentes de sífilis/ Tratamento foi realizado para antecedentes de sífilis |
| | () Resultado do Teste não treponêmico/ Titulação |
| | () Resultado do Teste não-treponêmico/ Titulação/ Resultado do Teste treponêmico/ Classificação final do caso |
| | () Resultado do Teste treponêmico/ Classificação final do caso |
| | () Classificação clínica/ Esquema de tratamento realizado |
| | () Classificação clínica/ Classificação final do caso |
| | () Esquema de tratamento/ Classificação final do caso |

- Função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha de investigação: _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

| |
|--|
| <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS</p>  |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA |
| Título da Pesquisa: NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM UMA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DO SUL DE MINAS GERAIS |
| Pesquisador: FÁBIO DE SOUZA TERRA |
| Área Temática: |
| Versão: 2 |
| CAAE: 69049017.0.0000.5142 |
| Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG |
| Patrocinador Principal: Financiamento Próprio |
| DADOS DO PARECER |
| Número do Parecer: 2.197.263 |
| Apresentação do Projeto: |
| Trata-se de um projeto de Mestrado, com financiamento próprio e sem conflito de interesse. |
| Objetivo da Pesquisa: |
| OBJETIVO PRIMÁRIO: "Avaliar as notificações dos casos de sífilis adquirida registradas no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis de uma Superintendência Regional de Saúde do Sul de Minas Gerais." |
| OBJETIVOS SECUNDÁRIOS: "• Identificar a quantidade de casos de sífilis adquiridas no período de 2010 a 2016; • Identificar as variáveis sociodemográficas, os dados clínicos e laboratoriais e a evolução do caso dos sujeitos do estudo; • Analisar a qualidade do preenchimento das fichas de investigação/notificação de sífilis adquirida no período de 2010 a 2016, segundo os critérios campos não preenchidos, preenchimento do campo ignorado e incoerências de informações; • Verificar se existe associação entre as variáveis referente aos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e zona de moradia) com as variáveis clínicas e laboratoriais (comportamento sexual, antecedentes de sífilis e classificação clínica); a variável antecedentes da sífilis com as variáveis comportamento sexual, resultado dos exames e classificação clínica; e a variável comportamento sexual com a variável classificação clínica. • Elaborar mapas temáticos dos casos de sífilis adquirida notificados na referida Superintendência Regional de Saúde no período de 2010 |
| <p>Endereço: Rua Gabriel Monteiro de Silva, 700 Bairro: centro CEP: 37.130-000 UF: MG Município: ALFENAS Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br</p> |
| Página 01 de 03 |

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.197.203

a 2016 de acordo com as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade."

Os objetivos apresentados são claros, bem definidos e exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados (por se tratar de pesquisa documental, foi considerado risco mínimo);
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto e atualizada.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Não se aplica.
- b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica.
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica.
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Presente e adequado.
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado.
- f. Folha de rosto - Presente e adequada.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - Presente e adequado.
- h. Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Presente e adequada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado ad referendum.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3293-1318 Fax: (35)3293-1318 E-mail: comite.etico@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.197.263

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_933128.pdf | 01/08/2017 14:15:59 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | NOVO_Projeto_de_Pesquisa.doc | 01/08/2017 14:14:32 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |
| Outros | Dispensa_do_TCLE.jpeg | 30/05/2017 15:53:32 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |
| Outros | Termo_de_Compromisso.jpeg | 30/05/2017 15:51:28 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |
| Outros | Termo_de_Autorizacao_institucional.jpeg | 30/05/2017 15:50:59 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |
| Outros | Instrumentos.doc | 30/05/2017 15:50:11 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_Pesquisa.doc | 30/05/2017 15:49:46 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 30/05/2017 15:45:37 | FÁBIO DE SOUZA TERRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 02 de Agosto de 2017

Marcela Filié Haddad

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | Nº | |
| FICHA DE NOTIFICAÇÃO | | | | | |
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma | | | 3 Data da Notificação | |
| | 2 Agravado/doença | | | 4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE) | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código | | | 7 Data dos Primeiros Sintomas | |
| | 8 Nome do Paciente | | | 9 Data de Nascimento | |
| Notificação Individual | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Anos | | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado | | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado |
| | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | | | | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-2ª a 2ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | |
| Notificação de Surto | 17 Data dos 10 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito | | 19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar | | |
| | 18 N° de Casos Suspeitos/ Expostos | | | | |
| Dados de Residência | 20 UF 21 Município de Residência Código (IBGE) | | 22 Distrito | | |
| | 23 Bairro | | 24 Logradouro (rua, avenida,...) Código | | |
| | 25 Número | | 26 Complemento (apto., casa, ...) | | |
| | 27 Geo campo 1 | | 28 Geo campo 2 | | |
| | 29 Ponto de Referência | | 30 CEP | | |
| | 31 (DDD) Telefone | | 32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | |
| Notificante | Município/Unidade de Saúde | | | | |
| | Nome | | Função | | |
| | Assinatura | | | | |
| Notificação | | Sinan NET | | SVS 17/07/2006 | |

DADOS COMPLEMENTARES (ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

| | | | | | |
|------------------------|--|---------------|--|------------------|---|
| Notificação Individual | 01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia | | 02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra | | 03 Especificar tipo de exame : |
| | 04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| | 06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 07 Data do início do exatema | | 08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado |
| | 09 Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 10 Resultado da bacterioscopia : | | |
| Notificação Surto | 11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 12 Data da última dose tomada | | 13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado |
| | 14 Data da hospitalização | | | | |
| | 15 UF 16 Município do hospital Código (IBGE) | | 17 Nome do hospital Código | | |
| Local prov. infecção | 18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação | | | | |
| | 19 Local provável de infecção (classificação provisória) | | | | |
| País: _____ | | UF: _____ | | Município: _____ | |
| Distrito: _____ | | Bairro: _____ | | | |

CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.
CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com sorologia treponêmica reagente.

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|----------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | |
| | 2 Agravado/ença SÍFILIS ADQUIRIDA | 3 Código (CID10) A53.9 | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | 7 Data da Notificação | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | 9 Data de Nascimento | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado | 12 Gestante 6 - Não se aplica |
| | 14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (artigo primário ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica | 18 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado | |
| | 16 Número do Cartão SUS | 18 Nome da mãe | |
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | |
| | 19 Código (IBGE) | 19 Distrito | |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | |
| | 24 Geo campo 1 | 25 Geo campo 2 | |
| | 26 Ponto de Referência | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | |
| | 30 País (se residente fora do Brasil) | | |
| Dados Complementares do Caso | | | |
| Dados clínicos e epidemiológicos | 31 Ocupação | | |
| | 32 Antecedente de sífilis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 33 Se sim, o tratamento foi realizado? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| | 34 Comportamento Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 9 - Ignorado | | |
| Dados clínicos e laboratoriais | 35 Resultado dos Exames 35 Teste não treponêmico 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado | 36 Título 1: | |
| | 37 Data | | |
| | 38 Teste treponêmico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado | | |
| Tratamento | 39 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado | | |
| | 40 Esquema de tratamento realizado 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado | 41 Data do início do tratamento | |
| Cerclado | 42 Classificação Final do caso 1 - Confirmado 2 - Descartado | | |

| |
|------------------------|
| Observações adicionais |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | |
|--------------|----------------------------|------------------------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde |
| | Nome | Função |
| | | Assinatura |

OBSERVAÇÕES:
 Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data de coleta de material para exame laboratorial ou de evidência clínica.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco.

31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.

33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.

34 - Informar o comportamento sexual.

35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)

36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.

37 - Informar a data da coleta do teste

38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).

39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:
 1 - sífilis primária - cancro duro;
 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilis papulosas, condiloma plano, alopecia);
 3 - sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (ortite sífilica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);
 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.

40 - Esquema de tratamento:
 - Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
 - Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
 - Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

41 - Informar a data do início do tratamento.

42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso **confirmado** o indivíduo com **sorologia treponêmica reagente**. Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente

Para fins de vigilância no nível local atentar para:

- Evidências de outras DST;
- Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, considerando abordagem consentida