

ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA

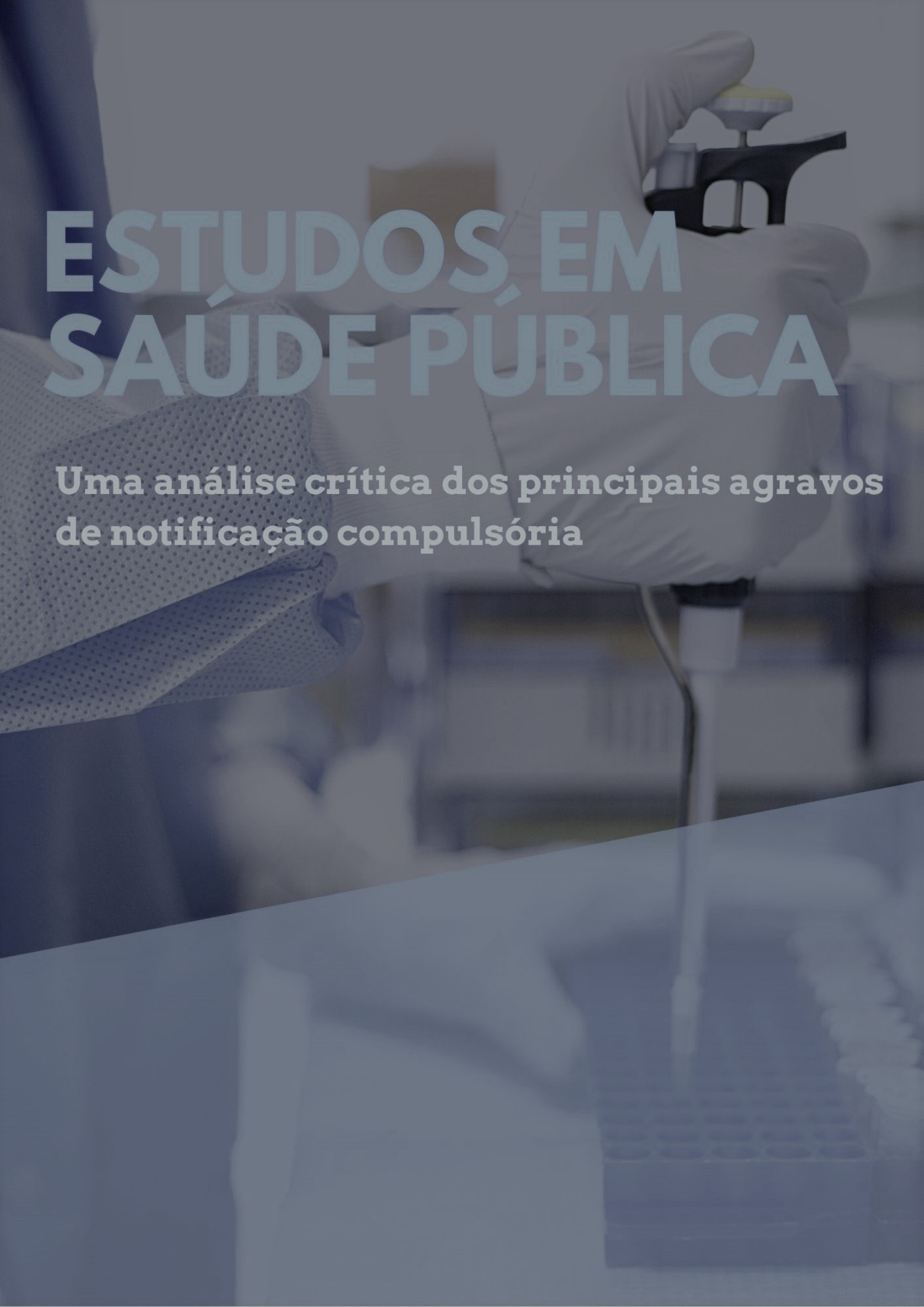
Uma análise crítica dos principais agravos de notificação compulsória

**Wellington Manoel da Silva
Maria Eduarda da Silva
Marks Passos Santos
Juliana Andrade dos Santos
Elaine Rufino Barbosa da Silva
Thayná Karollyne Carvalho Silva
Jociéllen Maria Gomes de Lima
Vitória Caroline de Lima Havenstrin
Francisca Vanessa de Oliveira
Joyce Neire Vidal Alexandre Souza
Williane Karine Lira Barros da Silva**

(orgs.)



**Rfb
Editora**

The background image shows a person wearing a white lab coat and white gloves, using a pipette to transfer liquid into a multi-well plate. The scene is set in a laboratory with various equipment and containers visible in the background. The image has a blue tint and a semi-transparent dark blue overlay at the bottom.

ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA

**Uma análise crítica dos principais agravos
de notificação compulsória**

Wellington Manoel da Silva
Maria Eduarda da Silva
Marks Passos Santos
Juliana Andrade dos Santos
Elaine Rufino Barbosa da Silva
Thayná Karollyne Carvalho Silva
Jociéllen Maria Gomes de Lima
Vitória Caroline de Lima Havenstrin
Francisca Vanessa de Oliveira
Joyce Neire Vidal Alexandre Souza
Williane Karine Lira Barros da Silva
(Organizadores)

ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS PRINCIPAIS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

1ª Edição

Belém-PA



2020

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558890713>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

E82

Estudos em saúde pública: uma análise crítica dos principais agravos de notificação compulsória [recurso digital] / Wellington Manoel da Silva, Maria Eduarda da Silva, Marks Passos Santos, Juliana Andrade dos Santos, Elaine Rufino Barbosa da Silva, Thayná Karollyne Carvalho Silva, Jociellen Maria Gomes de Lima, Vitória Caroline de Lima Havenstrin, Francisca Vanessa de Oliveira, Joyce Neire Vidal Alexandre Souza, Williane Karine Lira Barros da Silva (Organizadores). -- 1. ed. -- Belém: RFB Editora, 2020.

1.400 kB; PDF: il.

Inclui Bibliografia.

Modo de acesso: www.rfbeditora.com.

ISBN: 978-65-5889-071-3

DOI: 10.46898/rfb.9786558890713

1. Saúde Pública. 2. Pesquisa. 3. Estudo.

I. Título.

CDD 614



Copyright © 2020 Edição brasileira.
by RFB Editora.

Copyright © 2020 Texto.
by Autores.



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

Obra sob o selo *Creative Commons*-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Conselho Editorial:

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe).

Prof.^a Dr.^a. Roberta Modesto Braga - UFPA.

Prof. Me. Laecio Nobre de Macedo - UFMA.

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida - UFOPA.

Prof.^a Dr.^a. Ana Angelica Mathias Macedo - IFMA.

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva - IFPA.

Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Gomes Souza - UFPA.

Prof.^a Me. Neuma Teixeira dos Santos - UFRA.

Prof.^a Me. Antônia Edna Silva dos Santos - UEPA.

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa - UFMA.

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho - UFSJ.

Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti - UFPE.

Diagramação:

Laiane Borges de Souza.

Arte da capa:

Priscila Rosy Borges de Souza.

Imagens da capa:

www.canva.com

Revisão de texto:

Os autores.



Home Page: www.rfbeditora.com.

E-mail: adm@rfbeditora.com.

Telefone: (91)98885-7730.

CNPJ: 39.242.488/0001-07.

Barão de Igarapé Miri, sn, 66075-971, Belém-PA.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
--------------------	---

CAPÍTULO 1

HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	9
--	---

SILVA, Wellington Manoel
SANTOS, Marks Passos
SANTOS, Juliana Andrade
OLIVEIRA, Francisca Vanessa
SOUZA, Joyce Neire Vidal Alexandre
SILVA, Elaine Rufino Barbosa
LIMA, Jociéllen Maria Gomes
DOI: 10.46898/rfb.9786558890713.1

CAPÍTULO 2

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS DA I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UM RECORTE TEMPORAL ENTRE OS ANOS DE 2009 A 2019	19
---	----

SILVA, Maria Eduarda
SILVA, Williane Karine Lira Barros
LIMA, Jociéllen Maria Gomes
SOUZA, Joyce Neire Vidal Alexandre
SILVA, Thayná Karollyne Carvalho
SANTOS, Juliana Andrade
HAVENSTRIN, Vitória Caroline de Lima
DOI: 10.46898/rfb.9786558890713.2

CAPÍTULO 3

SÍFILIS CONGÊNITA: REFLEXÕES ACERCA DE UM AGRAVO PREVALENTE...	31
--	----

SILVA, Wellington Manoel
SANTOS, Marks Passos
SILVA, Elaine Rufino Barbosa
OLIVEIRA, Francisca Vanessa
HAVENSTRIN, Vitória Caroline de Lima
SILVA, Thayná Karollyne Carvalho
SILVA, Williane Karine Lira Barros
DOI: 10.46898/rfb.9786558890713.3

OS AUTORES.....	40
-----------------	----

ÍNDICE REMISSIVO.....	44
-----------------------	----

APRESENTAÇÃO

Nesta 1ª edição, a obra está composta por 3 capítulos, nos quais, serão abordados aspectos históricos da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, além de aspectos clínicos e epidemiológicos da Tuberculose e seus desfechos sociais em alguns municípios do Estado de Pernambuco, região nordeste do Brasil, e no último capítulo uma reflexão acerca da problemática da sífilis congênita no Brasil, os avanços e as dificuldades observadas no enfrentamento deste agravo em saúde.

O fato de o País ter avançado nos sistemas de notificação de doenças e agravos de saúde, revela as dificuldades e falhas no enfrentamento de diversos agravos de notificação, embora para muitos estudiosos, exista uma alta subnotificação, que não permite ver de fato, a dimensão do problema.

Esta obra visa retratar aspectos importantes em saúde pública, configurando-se fonte importante de informações, para guiar estudos sobre a história da implantação do Sistema Único de Saúde, além de fornecer dados epidemiológicos relevantes.

A todos uma excelente leitura.

Abraços,

Os autores.



CAPÍTULO 1

HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

HISTORY OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: A NARRATIVE REVIEW

SILVA, Wellington Manoel¹

SANTOS, Marks Passos²

SANTOS, Juliana Andrade³

OLIVEIRA, Francisca Vanessa⁴

SOUZA, Joyce Neire Vidal Alexandre⁵

SILVA, Elaine Rufino Barbosa⁶

LIMA, Jociellen Maria Gomes⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558890713.1

1 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - PE/ Wellington-manoel@outlook.com/ <https://orcid.org/0000-0002-6735-5071>

2 Faculdade AGES de Medicina - BA/ enfer.marks@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-1180-404X>

3 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - PE/ juli.santos@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-3888-6949>

4 Faculdade Santa Maria - PB/ fvanessaoliv@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-4193-785>

5 Universidade de Pernambuco - PE/ joyceneire@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-2083-4566>

6 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ elaine_rufino@live.com/ <https://orcid.org/0000-0002-1168-8539>

7 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ jociellenmaria95@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-4893-4617>

RESUMO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura com o objetivo de recordar os momentos históricos de lutas dos movimentos sociais em defesa do direito ao acesso aos serviços de saúde. O Sistema Público de Saúde foi resultado de décadas da luta de um movimento que foi denominado Movimento da Reforma Sanitária. Sendo o Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é recordar os muitos momentos de lutas enfrentadas no Brasil, em busca da consolidação de um Sistema Universal e igualitário de saúde.

Em tempos de crise no sistema econômico brasileiro aliado à uma pandemia da COVID-19, e consequentemente, subfinanciamento do Sistema de Saúde e notícias de desvios de verbas, faz-se necessário relembrar aspectos históricos de lutas sociais e construções no campo das políticas públicas que garantem uma assistência em saúde de qualidade a todos os brasileiros.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão de literatura, do tipo narrativa. Entende-se este tipo de estudo como uma análise mais ampla da bibliografia, não necessitando determinar-se uma metodologia rigorosa que possibilite a reprodução da pesquisa (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014). Entretanto, compreende-se como um método importante para obter-se um panorama geral do conhecimento acerca de um tema (ELIAS et al., 2012).

A busca da literatura aconteceu em agosto de 2020, sendo encontrados inicialmente 357 artigos, utilizando a plataforma Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: “Sistema Único de Saúde” e “história” utilizando o operador booleano “AND” para a associação entre estes. O levantamento foi realizado considerando as bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS) e o Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

Para a seleção dos estudos, utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados no período de 1990 a 2020, em dois idiomas (português e inglês). Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, indisponíveis na íntegra, que não abordassem a temática. Assim, ao final, foram selecionados 11 artigos para análise e discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar nosso estudo, iremos realizar uma divisão dos contextos históricos pelos quais as políticas de saúde perpassaram, sendo assim, são eles;

República Velha (1880-1930);

Era Vargas (1930-1964);

Autoritarismo (1964-1984);

Nova República (1985-1988);

Pós-Constituinte (1989-2002).

I) República Velha (1889-1930)

Nesse período histórico as doenças predominantes eram as transmissíveis como a febre amarela urbana, varíola, tuberculose, sífilis, além das endemias rurais. A ocorrência de tais doenças no início do século XX, ameaçaram os interesses do modelo da econômica nacional vigente agrário-exportador, e devido a isso ocorreu resposta do Estado no que corresponde a organização de serviços de saúde pública e a realização de campanhas sanitárias. Até então, trabalhadores informais, do campo, e da cidade, bem como os integrantes de suas famílias não possuíam acesso aos serviços de saúde. Quando um indivíduo era acometido de alguma doença, o atendimento médico somente era realizado mediante a possibilidade de pagamento pelo serviço ou através das Santas Casas de Misericórdia (ARAÚJO, 2012).

O período da República Velha, trouxe o modo de produção capitalista na sociedade brasileira. A implantação dos polos industriais foi possível com a economia que foi gerada através da produção do café no período final do Império e da escravatura. Além das aplicações de recursos estrangeiros, principalmente ingleses, nos setores de energia e de transporte, desta forma, criando as condições adequadas para o capitalismo industrial (CARVALHEIRO, 1992).

De acordo com a ideologia liberal predominante na época, o Estado apenas deveria intervir naquilo que o indivíduo ou a iniciativa privada não fossem capazes de fazer. O Estado não possuía nenhum interesse de assumir qualquer responsabilidade com a saúde da população. Todavia, com o surgimento das indústrias, trouxeram consigo condições precárias de trabalho e de vida, assim, grupos de operários iniciaram movimentos, em busca de melhoria das condições a eles oferecidas, que obtiveram como resultado embriões de legislação trabalhista (ARRETCHE, 2003).

No ano de 1903, Oswaldo Cruz foi convidado a se tornar Diretor-Geral de Saúde Pública. Rapidamente conseguiu sanar epidemia de peste bubônica, através do exter-

mínio dos ratos, os quais, as pulgas eram responsáveis pela transmissão da doença na cidade de Santos (SCLIAR, 2005).

Esse foi um período em que Estado, voltou seus interesses da economia de exportação, principalmente a insalubridade dos portos, as endemias rurais e o saneamento urbano. Desta forma, quando Oswaldo Cruz, por meio da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a realização da vacinação anti-varíola obrigatoriamente para todo o território nacional e criou a polícia sanitária e as brigadas mata-mosquitos, ocorreu no país, um movimento que ficou conhecido historicamente como revolta da vacina, derivado da insatisfação popular para com a forma como foram conduzidas as medidas sanitárias. Para Polignano (2001), o modelo campanhista, embora tivesse cometido contradições e abusos, obteve vitória no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que proporcionou ao modelo hegemonia como proposta de intervenção na área da saúde coletiva saúde durante décadas.

No ano de 1920, Carlos Chagas, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo a educação sanitária como técnica de ação, trazendo assim, inovação para o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial (SANTOS, 1998).

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, os operários organizaram-se e realizaram duas greves gerais no país, uma ocorrida em 1917 e outra em 1919. Por meio, destes movimentos os trabalhadores obtiveram a conquista de alguns direitos sociais. Assim no ano de 1923, foi aprovada a Lei Eloy Chaves, que foi o marco inicial da previdência social no país. Por meio, desta lei ficou instituída a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) (BATICH, 2004).

Características das CAP'S:

- Formulada por instituição ou grandes empresas;
- Ofertavam aposentadorias e pensões;
- Serviços funerários, socorro médico para a família, medicamento por preço especial;
- Assistência por acidente de trabalho;
- Financiamento e gestão: trabalhador e empregador;
- Assistência médica para o empregado e família.
- A primeira CAP foi a dos ferroviários; e a segunda, dos marítimos;
- Não esquecer que eram por grandes empresas;
- E o ESTADO não participava do financiamento das CAPS, logo o financiamento era BIPARTITE!

II) Era Vargas (1930-1964)

As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, estabeleceram bases jurídicas que, posteriormente, faria parte do sistema de proteção social. No ano de 1933, as CAPS foram UNIFICADAS e criou-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, que garantiam benefícios aos associados, tais como (CAMPOS, 2000):

Aposentadoria;

Pensão em caso de morte: para os membros de suas famílias ou para os beneficiários;

Assistência médica e hospitalar;

Socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

No ano de 1941, durante a 2ª Guerra Mundial, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), resultante do convênio estabelecido entre os governos brasileiro e norte americano, durante o período da segunda guerra mundial. O SESP teve como atribuições, naquele momento, o saneamento da Amazônia e da região do vale do rio Doce, onde eram produzidos a borracha e minério de ferro, matérias-primas utilizadas para o esforço de guerra do país norte-americano, no intuito de diminuir índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores destas regiões (RENOVATO, 2010).

A unificação das CAPS em IAPS no ano de 1933 é um dos fatos mais marcantes desse momento histórico no país. Após a criação dos IAPS, o governo assumiu a gestão financeira. Os benefícios passaram a ser separados por categorias profissionais do operariado. Contudo, o acesso aos serviços de saúde continuou sendo CONTRIBUTIVO e EXCLUDENTE (BATICH, 2004).

III) Autoritarismo (1964-1984)

Durante este período a taxa mortalidade infantil, que havia sido reduzida entre as décadas de 40 e 60, sofreu um aumento após 1964, juntamente com as taxas de incidência da tuberculose, malária, doença de Chagas, acidentes de trabalho, etc. Neste período, mais especificamente na década de 80, o perfil epidemiológico das morbidades passava por uma transição de doenças infectocontagiosas para cardiovasculares (LIMA, 2012).

No ano de 1966 os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, gerindo as aposentadorias, as pensões e a assistência

médica de todos os trabalhadores formais, contudo, ainda ocorria a exclusão dos benefícios aos trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos informais (ARAÚJO, 2012).

A medida que o tempo foi se passando o sistema foi se tornando cada vez mais complexo, administrativo e financeiramente dentro da estrutura do INPS, o que acabou culminando na necessidade de uma estrutura administrativa própria, desta forma, surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977 (POLIGNANO, 2001).

Neste período, surge o modelo médico privatista/curativo que se tornaria hegemônico. Ressalta-se que este modelo, tem por foco a doença e o doente. Hospitais de grande porte são criados para atendimento dos contribuintes, o que fortaleceu o caráter excludente das ações e serviços de saúde (RENOVATO, 2010).

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, região onde atualmente está localizado o Cazaquistão, foi o ponto alto na discussão contra a elitização dos atendimentos médicos, assim como contra a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para a porcentagem da população menos favorecida. Na Conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua determinação Intersectorial (COUTO, 2017).

No Brasil, a população que sobrevivia com salários muito baixos, devido a política econômica e a repressão, passou a conviver com os altos índices de desemprego, resultando em graves consequências sociais, tais como aumento da marginalidade, proliferação das favelas, aumento da mortalidade infantil. Os resultados do modelo de saúde previdenciário podem ser resumidos nos seguintes (COUTO, 2017):

Foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva (endemias, epidemias, e indicadores de saúde);

Aumentos dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar;

Diminuição do crescimento econômico com redução da arrecadação do sistema previdenciário;

Aumento cada vez maior da população sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária, que inviabilizava o atendimento no Sistema;

Fraudes e desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores;

Visando a contenção dos custos e combater fraudes, o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (POLIGNANO, 2001).

Uma das primeiras adversidades enfrentadas pelo CONASP foi a oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa de fiscalização a perda da sua hegemonia dentro do sistema econômico da época. Vale ressaltar que estes grupos se opuseram e conseguiram derrubar com a ajuda de parlamentares do governo o PREV-SAÚDE (1976), um projeto de modelo sanitário, que sofreu diversas distorções e acabou por ser arquivado (COUTO, 2017).

As lutas por políticas de universalidade e do processo de abertura dos serviços de saúde a população em geral se deu no início dos anos 1970, assim como se ampliou o movimento dos profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde coletiva em busca de mudanças no modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico. Com o aumento da insatisfação da população, corroborada no meio político, por meio da vitória da oposição nas eleições parlamentares, movimento este, que foi nomeado de Reforma Sanitária, e que se fortaleceu cada vez mais com a incorporação de lideranças políticas sindicais, parlamentares e populares (SCLIAR, 2005).

No ano de 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto intersectorial que uniu a Previdência, Saúde e Educação, visando um novo modelo assistencial mais universal, incorporando todo o setor público, integrando ações curativas, preventivas e educativas simultaneamente. Assim, a Previdência assumiria a responsabilidade de comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (ARRETCHE, 2003).

IV) Nova República (1985-1988)

O final do regime militar foi marcado pelo movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves, o que gerou diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, culminando na criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS), e na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), onde lançaram-se as bases da reforma sanitária e para criação do SUDS -Sistema Único Descentralizado de Saúde (POLIGNANO,2001). Nesse período também ocorreu a promulgação da nova Constituição em 1988 (COUTO, 2017).

Considera-se que a VIII CNS foi o marco da reforma sanitária. O movimento solicitou o resgate da dívida social da DITADURA MILITAR. A constituinte de 1988 define no artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal de 1988).

O texto constitucional afirma que a concepção do SUS baseia-se na formulação de um modelo de saúde voltado para atender as necessidades da população, buscando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, consolidando-a saúde como um dos direitos inerentes a cidadania. Esta visão era reflexo do momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, motivada pela vitória do movimento das Diretas Já, a sociedade visava a garantia dos direitos e os valores da democracia por meio da constituição (COUTO, 2017).

V) Pós-Constituinte (1989-2002)

Embora o Sistema Único de Saúde tenha sido definido na Constituição de 1988, apenas em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080, aconteceu sua regulamentação legal. Esta lei definiu a forma de operacionalizar do SUS, propondo a sua forma de funcionamento e organização. A saúde passou a ser definida de forma mais holística, de acordo com o art.3º (RENOVATO, 2010):

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, atividade física o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Constituição Federal de 1988).

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, ofertados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelos Poderes Públicos. A iniciativa privada também pode participar do SUS, porém em caráter complementar (COUTO, 2017).

O Sistema Único de Saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, que prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos e as fontes de financiamento, respectivamente. Os princípios doutrinários tratam-se de ideais filosóficos inseparáveis da implementação do sistema como direito aos cidadãos. Os princípios organizativos devem orientar a forma como o sistema funciona, tendo os princípios doutrinários como eixo norteador (RENOVATO, 2010).

4 CONCLUSÃO

O Sistema Público de Saúde foi resultado de décadas da luta de um movimento que foi denominado Movimento da Reforma Sanitária. Sendo o Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.
- ARRETCHE, M.T.S. "Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas". **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol.18, no.51, (pp. 7-10). São Paulo, ANPOCS, 2003.
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo **Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, Sept. 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000
- CARVALHEIRO, J.R. Pestilências: velhos fantasmas, novas cadeias. **Saúde e Sociedade**. 1992; 1(1):25-42.
- COUTO, M.P. **A política brasileira de saúde pelas perspectivas normativa e avaliativa: indicadores e mito da insuficiência de médicos para atuar na atenção básica de saúde**. Universidade Federal do Paraná (tese), Curitiba, 2017.
- ELIAS, C.S. et al. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD: **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012.
- LIMA, L.D. et al. **Regionalização da saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.
- POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001.
- RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Editora UFPR, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010.
- SANTOS, L.A.C. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. Dados, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 593-633, 1998
- SCLIAR, M.J. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. In: Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. 2005. p. 160-160.
- VOSGERAU, D.S.R.; ROMANOWSKI, J.P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.



CAPÍTULO 2

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS DA 1ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UM RECORTE TEMPORAL ENTRE OS ANOS DE 2009 A 2019

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS CASES IN THE MUNICIPALITIES OF THE 1ST REGIONAL HEALTH MANAGEMENT OF PERNAMBUCO: A TEMPORAL CUTTING BETWEEN 2009 AND 2019

SILVA, Maria Eduarda¹
SILVA, Williane Karine Lira Barros²
LIMA, Jociéllen Maria Gomes³
SOUZA, Joyce Neire Vidal Alexandre⁴
SILVA, Thayná Karollyne Carvalho⁵
SANTOS, Juliana Andrade⁶
HAVENSTRIN, Vitória Caroline de Lima⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558890713.2

1 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ me89075@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-3070-4992>

2 Universidade Federal da Paraíba - PB/ willianekbarros@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-4289-966X>

3 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ jociellenmaria95@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-4893-4617>

4 Universidade de Pernambuco - UPE/ joyceneire@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-2083-4566>

5 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ thayna_karollyne@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-4848-1208>

6 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - PE/ julii.santos@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-3888-6949>

7 Centro Universitário Estácio - SC/ vitoriahavenstrin@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-0412-3062>

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo de abordagem quantitativa, de base documental. Realizado por meio do acesso ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para averiguar o perfil clínico-epidemiológico das notificações de tuberculose realizadas nos municípios que compõem a I Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2009 a 2019. Muitos estudos tem apontado que quanto menor o grau de escolaridade maior o risco de adquirir a Tuberculose. Em relação às formas clínicas da TB prevê-se uma distribuição de cerca de 80,0% de formas pulmonares e 20,0% de extrapulmonares na população geral. Foram notificados SINAN no período de 2009 a 2019, 47.512 novos casos, 4.503 casos de recidivas e 3.010 óbitos por tuberculose, com incidência de 45,9/100.000 habitantes em 2009 e 48,3/100.000 habitantes em 2019 e neste mesmo período os municípios da I GERES obtiveram taxas de 73,14/100.000 habitantes e 74,9/100.000 habitantes, respectivamente, concentrando cerca de 70% dos casos novos em todo o Estado, além de 76,6% dos casos de recidivas e 81% dos óbitos em relação ao Estado. Este estudo permite identificar um padrão de locais mais acometidos com a doença e traçar um perfil dos indivíduos, possibilitando a saúde pública municipal realizar planejamento de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde tendo em vista, minimizar os efeitos ocasionados pelo preconceito aos doentes e familiares, de forma que possa diminuir os altos índices de incidência da TB nesses municípios.

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada uma das doenças infecciosas mais antigas, que apesar de ter cura e prevenção desde a década de 1950, ainda hoje, continua sendo um agravo a saúde pública, principalmente nos países que estão em desenvolvimento, é caracterizada por ser uma doença infecciosa e transmissível, que pode ser causada por espécies que compõem o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*, contudo, do ponto de vista epidemiológico, a principal espécie é a *M. tuberculosis* (BRASIL, 2019; SILVA; SILVA, 2016).

Pode manifestar-se de duas formas, tuberculose pulmonar e tuberculose extrapulmonar, a qual acomete outros órgãos, no Brasil as principais formas diagnosticadas da Tuberculose extrapulmonar são; pleural, ganglionar periférica, meningoencefálica, miliar, laríngea, pericárdica, óssea, renal, ocular e peritoneal. A transmissão da tuberculose ocorre por via aérea, por meio da inalação de aerossóis, contendo o agente etio-

lógico, que podem ser expelidos pela fala, espirro ou tosse de pessoas diagnosticadas com tuberculose pulmonar (Brasil, 2019; SILVA; SILVA, 2016).

A doença pode apresentar um período de latência, em situações desfavoráveis para o bacilo, ocasionando na multiplicação lenta do *M. tuberculosis* durante dias, quando a doença se manifesta o paciente pode apresentar sudorese noturna, febre baixa vespertina, emagrecimento, fadiga, sendo a tosse o principal sintoma. O diagnóstico da doença pode ser realizado por meio da baciloscopia direta, cultura de escarro, exames de imagem ou exames histológicos (BRASIL, 2019).

No Brasil o tratamento para formas graves da tuberculose (Miliar e Meningoencefálica) consiste na administração da vacina composta pelo bacilo de Calmette-Guérin (BCG) até a idade de 5 anos completos, contudo o tratamento para tuberculose pulmonar é constituído por uma associação medicamentosa adequada a forma de apresentação da doença, ao indivíduo infectado e ao grau de acometimento (BRASIL, 2019).

A TB é considerada a terceira causa de morte por doença infecciosa no mundo, com 130 mil mortes por ano, esses fatos levaram à inclusão da doença as sete prioridades estabelecidas no Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas. Atualmente, no Brasil, são identificados cerca de 80 mil novos casos e 5 mil mortes decorrentes da tuberculose, sendo os Estados do Amazonas e do Rio de Janeiro os que apresentaram maior risco para a tuberculose, colocando o Brasil entre os 22 países com maior incidência da doença (BATALHA; MOROSINI, 2013; OPAS, 2019; SILVA; SILVA, 2016). Desta forma, este estudo objetivou identificar e analisar o perfil clínico-epidemiológico das notificações de casos de Tuberculose, de acordo com os municípios que compõem a I Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2009 a 2019.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo de abordagem quantitativa, de base documental. Utilizou-se para a coleta dos dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado, de forma gratuita, via Web pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS no endereço online; <http://www.datasus.gov.br>, referente ao número de notificações de casos de Tuberculose, de acordo com os municípios que compõem a I Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2009 a 2019.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2020 por meio da utilização do programa de Informações em saúde (TABNET). A tabulação dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para a pesquisa

foram incluídas as seguintes variáveis: Zona de residência, faixa etária, escolaridade, raça, sexo, populações especiais (população privada de liberdade, população em situação de rua, profissionais de saúde, população vivendo com Aids), agravos associados (alcoolismo, drogas ilícitas, doenças mentais), tipo de entrada (casos novos, recidivas), forma clínica, confirmação laboratorial e óbito por tuberculose.

Os dados populacionais para cálculo da prevalência e letalidade de acordo com os municípios da I GERES, foram obtidos a partir do portal do DATASUS. Para os dados, realizou-se os cálculos dos valores absolutos frequências e porcentagens e os resultados foram organizados em tabelas e gráficos usando o Microsoft Excel® Programas.

3 RESULTADOS

A I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES) é responsável pela resolutividade de casos de média e alta complexidade, composta por 19 municípios, a saber, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão, além da ilha de Fernando de Noronha, atendendo uma população total de 4.116.153 habitantes (**Figura 1**) (SES-PE, 2020).

Figura 1. Municípios que compõem a I Gerência Regional de Saúde.



Fonte: Jconline, 2020.

Durante o período de 2009 a 2019 foram notificados 61.433 casos de Tuberculose no Estado de Pernambuco, registrados no DATASUS, colocando o Estado como o 2º

maior em número de notificações na região nordeste e o 4º no País. Cerca de 45.411 (73,91%) são oriundos dos municípios que compõem a I GERES Pernambucana.

Os dados serão apresentados em três partes: I- Caracterização dos dados socio-demográficos, II- caracterização dos casos e III- indicadores epidemiológicos. Cerca de 51,26% dos casos notificados durante o período em análise, são do sexo masculino, enquanto que 22,63% são do sexo feminino. Em relação a zona de residência, 87,68% são de zona urbana, enquanto que 6,24% oriundos da zona rural, 0,60% da zona periurbana e 5,46% foram notificadas como ignorado ou branco. Observou-se que em relação à faixa etária, a maioria dos casos concentrou-se na população de adultos jovens com idade entre 20-39 anos (46,82%), de 0 a 20 (8,2%) e na faixa de 40 a 80 (44,92%).

Quanto a variável raça o tipo pardo prevaleceu com 54% das notificações, seguidos de branco 19,21%, Ignorado 13,56%, preta 11,53%, amarelo 1,38% e indígena com 0,3%. Quanto a variável escolaridade, a categoria ignorado foi predominante com 40,8% das notificações, seguido por 5ª a 8ª série incompleta 14,17%, 1ª a 4ª série incompleta 11,6%, ensino médio completo 8,49%, fundamental completo 4,39%, 4ª série completa 6%, ensino médio incompleto 4,84%, analfabeto 4,11%, superior completo 2,28%, Não se aplica 1,7% e superior incompleto 1,31%. Como representado na **Tabela 1** a seguir.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das notificações de Tuberculose entre os anos 2009-2019.

Variáveis	%
SEXO	
Masculino	51,26
Feminino	22,63
FAIXA ETÁRIA	
20 a 39	46,82
40 e +	44,92
0 a 20	8,2
RAÇA	
Pardo	54
Ignorado	19,21
Preta	11,53
Amarelo	1,38
Indígena	0,3
ESCOLARIDADE	
Ignorado	40,8
5ª a 8ª série incompleta	14,17
1ª a 4ª série incompleta	11,6
Ensino médio completo	8,49
Fundamental completo	4,39
4ª série completa	6

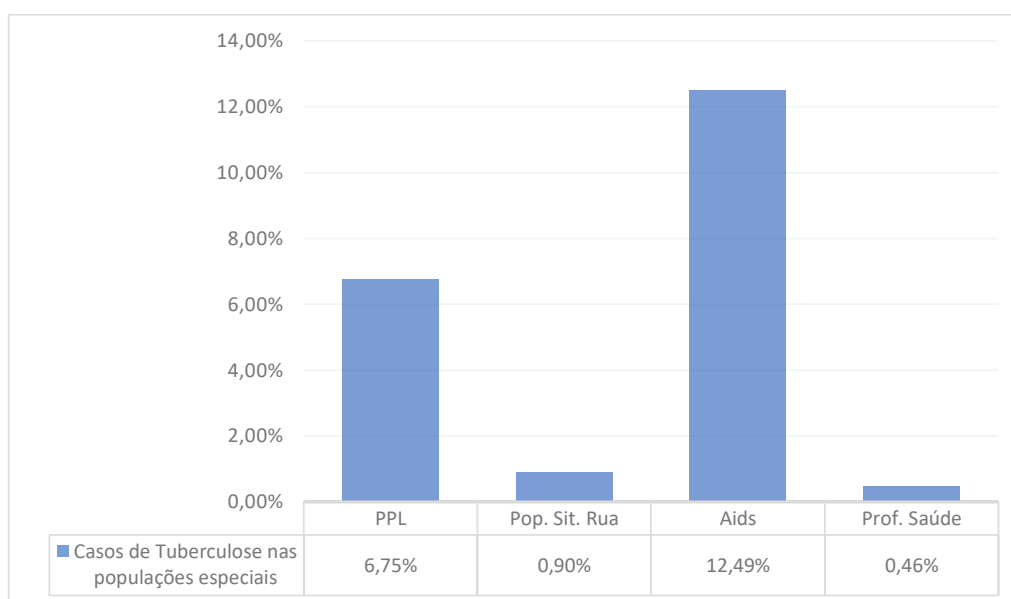
Ensino médio incompleto	4,84
Analfabeto	4,11
Superior completo	2,28
Não se aplica	1,7
Superior incompleto	1,31
ZONA DE RESIDÊNCIA	
Urbana	87,68
Rural	6,24
Ignorado	5,46
Periurbana	0,6

Fonte: Autoria própria, 2019.

Quanto as notificações nos grupos populacionais especiais. Cerca de 6,75% dos casos foram oriundos da população privada de liberdade, enquanto que 31,46% foram notificados como não sendo pertencentes a esse grupo, ainda 61,78% foram notificadas com este dado em branco ou ignorado. Em relação à população em situação de rua 62,76% foram notificadas como ignorado ou deixado em branco, 36,32% não pertencendo a este grupo e 0,9% correspondia à população em situação de rua.

Os imunocomprometidos representaram 12,49% das notificações, 23,71% foram notificadas como ignoradas ou em branco e 63,78% não eram imunocomprometidos. Cerca de 0,46% das notificações com diagnóstico de Tuberculose confirmado, foram de profissionais da saúde, 62,78% foram ignoradas ou deixadas em branco e 36,75% dos casos notificados não foram de profissionais da saúde, como mostra o **gráfico 1**.

Gráfico 1. Casos de Tuberculose em populações especiais na I GERES, 2009-2019.

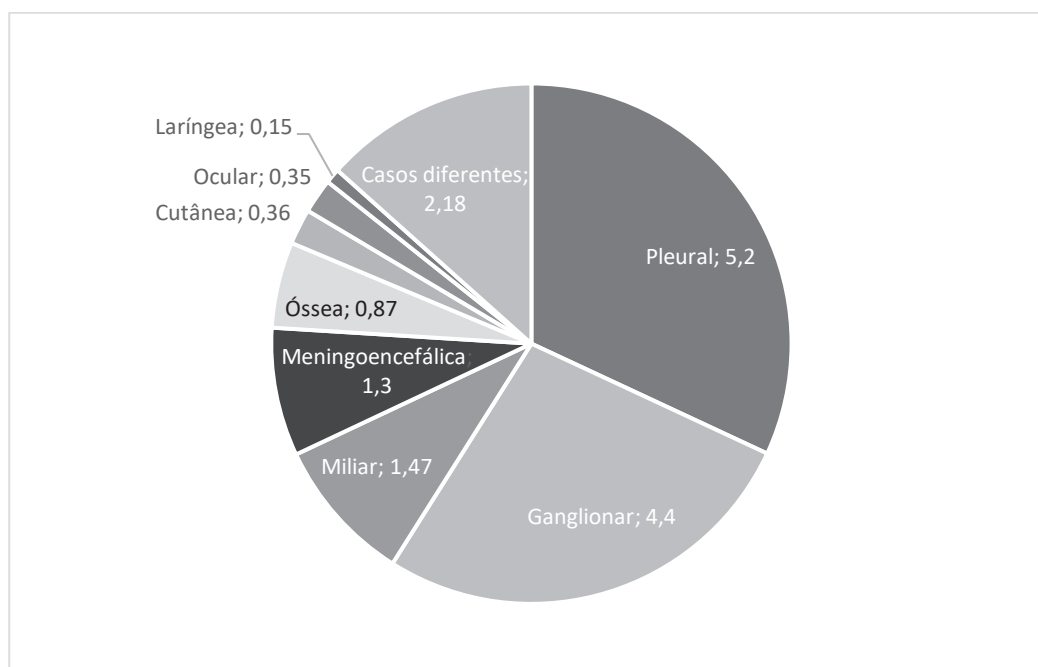


Fonte: Ministério da Saúde / SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET, 2020.

Diante dos dados obtidos, é possível observar que os aglomerados urbanos podem favorecer a transmissão da doença. E, a tuberculose acomete mais intensamente aquelas pessoas em condições sociais menos favorecidas, desprovidas de saneamento básico, com menor grau de escolaridade, residente em locais providos de aglomerações em condições de precariedade e aqueles com o sistema imunológico deficiente.

No que se refere ao tipo de entrada 75,97% dos casos foram casos novos, 7,5% foram de recidivas, 9,7% foram de reingresso após abandono, 4,46% foram de transferência. Dos 45.411 em relação à forma clínica 83,36%, isto é, 37.857 foram casos pulmonares, 12,83% foram formas extrapulmonares e 3,78% foram casos da forma pulmonar + extrapulmonar. Quanto as formas extrapulmonares houve predominância da forma pleural (5,2%), seguidas da forma ganglionar (4,4%), miliar (1,47%), meningoencefálica (1,3%), óssea (0,87%), cutânea (0,36%), ocular (0,35%), laríngea (0,15%) e casos de tipos diferentes (2,18%), como mostra o **Gráfico 2**.

Gráfico 2. Distribuição dos casos de forma extrapulmonar da Tuberculose.

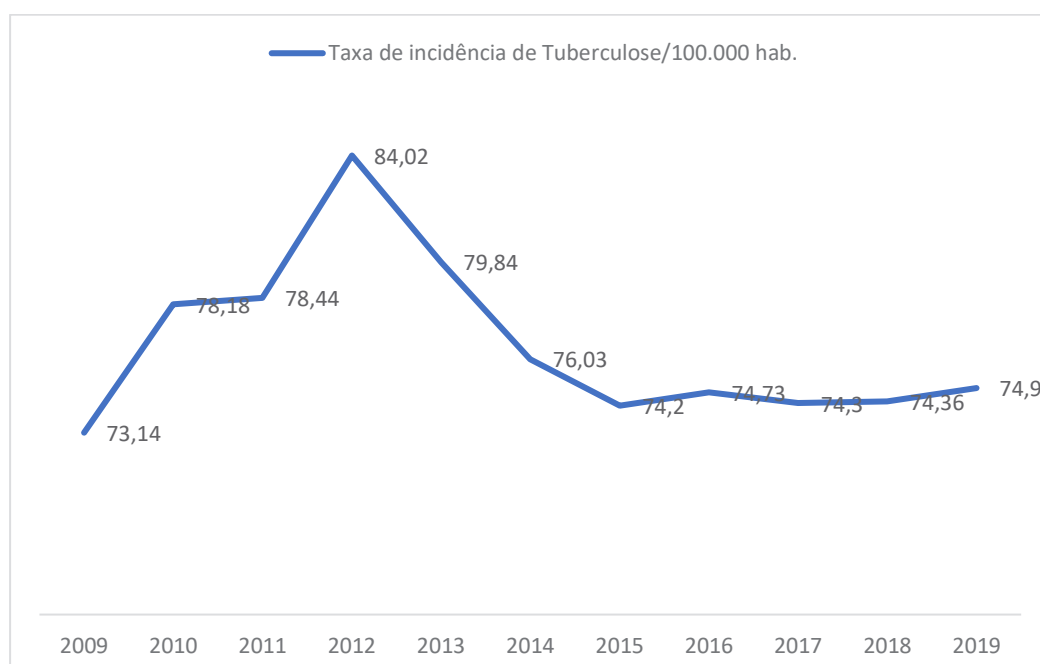


Fonte: Ministério da Saúde / SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET, 2020.

Em se tratando dos agravos à saúde associados, observou-se que em sua maioria faziam uso da associação com álcool (20,27%), seguidas dos que possuíam outras doenças (10%), faziam uso do tabaco (9,35%), dos que tinha Diabetes Mellitus (7,82%), faziam uso de drogas ilícitas (5,48%), possuíam alguma doença mental (3,4%), enquanto que 16,73% dos indivíduos notificados não possuíam nenhuma comorbidade associada.

Com relação a taxa de incidência, observa-se que esta região de saúde estudada apresentou uma alta taxa de incidência variando entre 73,14/100.000 habitantes no ano de 2009 e 84,02/100.000 habitantes no ano de 2012. A média foi de 76,78/100.000 habitantes com desvio-padrão de 3,22/100.000 habitantes. O gráfico da taxa de incidência está representado no **Gráfico 3**.

Gráfico 3. Taxa de incidência de tuberculose/100.000 habitantes nos municípios da I GERES no período de 2009 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde / SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET, 2020.

4 DISCUSSÃO

Os dados apresentados neste estudo, estão em concordância com outros trabalhos realizados em outros locais do Brasil, demonstrando uma superioridade de casos na população masculina (51,26%). Acredita-se que tal realidade pode estar associado ao fato de os homens se exporem mais que as mulheres à riscos e possuírem um perfil de baixa frequência de procura às unidades de saúde (ALMEIDA, 2015; COUTINHO, 2012; COELHO, 2010; VENDRAMINI, 2005; ARÁUJO, 2013; ANDRADE, 2013).

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) implementada no ano de 2009, por meio de ações que facilitam o acesso aos serviços de saúde, possui o objetivo de promover melhorias nas condições de saúde de homens, vivendo na faixa etária entre 20 a 59 anos, e assim, contribuir com a redução da morbimortalidade masculina. Desta forma, tornando possível a mudança de paradigmas concernentes a percepção que os homens possuem em relação ao cuidado de sua saúde e de sua família, por meio dos aspectos educacionais, entre outras ações,

como horários de atendimento estendidos de modo a acolher e fazer com que esta população possa sentir-se integrada (TAKAO, 2013).

Assim como em estudos anteriores a maior positividade da Tuberculose concentrou-se na faixa etária de maior produtividade do indivíduo (20 a 39 anos). O que ocasiona um problema na esfera socioeconômica do País, uma vez que doente o trabalhador deve ser afastado de suas atividades ocupacionais, diminuindo a produtividade das empresas e reduzindo os rendimentos familiares (CAVALCANTE, 2013).

Em relação à raça/cor, um estudo realizado na cidade de Cajazeiras (Paraíba) observou que a distribuição da TB é praticamente homogênea, pardos, brancos e negros, levando os autores a concluir que tal característica não deve ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Contudo, os altos índices de indivíduos de cor parda notificados para TB sugerem que pode haver alguma influência. Alguns autores realizaram uma associação entre a cor de um indivíduo e a situação de desigualdade social, e foi observado que as populações das raças parda e preta possuem um menor nível de escolaridade e, conseqüentemente, um menor poder aquisitivo, outra justificativa para tal ocorrência pode ser devido a quantidade de indivíduos que se autodeclararam pardos ser maior, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, aproximadamente 42,6% da população da população brasileira se considera parda, fator este que pode explicar este índice elevado de notificações nesta população (SILVA, 2020; ALMEIDA, 2015; SILVEIRA, 2007; PAIXÃO, 2007; IBGE, 2006).

Muitos estudos tem apontado que quanto menor o grau de escolaridade maior o risco de adquirir a Tuberculose. Um estudo mostrou que a prevalência da TB nos municípios de Bagé e Chapecó, também foi maior entre os pacientes com pouca escolaridade (ensino fundamental incompleto ou completo). Acredita-se que este fato relaciona-se com as piores condições de trabalho, moradia e higiene destes indivíduos, tornando este déficit de conhecimento um fator de risco considerável para a ocorrência da TB (HINO, 2011).

Em relação às formas clínicas da TB prevê-se uma distribuição de cerca de 80,0% de formas pulmonares e 20,0% de extrapulmonares na população geral. Os dados apresentados nesta pesquisa permaneceram na faixa esperada. Quanto a predominância de admissões por “casos novos” o valor obtido ficou bem próximo do constatado por outros estudos, que encontraram 82,6% de “casos novos” durante o diagnóstico da doença. Como a forma pulmonar é a forma clínica infectante da doença, espera-se, que o percentual de casos notificados por essa forma pulmonar seja maior que as formas extrapulmonares (ANGELOTTI, 2013).

No que se refere aos agravos associados, o estudo obteve dados semelhantes a outros, observando o agravo mais comum sendo o alcoolismo e menos comum os transtornos mentais. Corroborando o alcoolismo como o principal agravo associado à tuberculose, e geralmente envolve a situação de fragilidade social, o que expõe os doentes a situações de risco, e os leva a não adesão ao tratamento (ALMEIDA, 2015; NETO, 2012, SILVA, 2011).

Os dados obtidos, no período estudado, mostram que o resultado do exame laboratorial de baciloscopia do escarro foi positivo em 3.627 casos (7,98%) e negativo em 2.634 (5,8%), estão em andamento 2.893 (6,37%) e 36.250 (79,82%) não foram realizados. Apesar de a baciloscopia ser considerada o principal recurso diagnóstico da tuberculose por apresentar baixo custo e simplicidade, ressalta-se que suas limitações ainda demandam a realização da cultura (ANTUNES, 2012).

Foram notificados no SINAN no período de 2009 a 2019, 47.512 novos casos, 4.503 casos de recidivas e 3.010 óbitos por tuberculose, com incidência de 45,9/100.000 habitantes em 2009 e 48,3/100.000 habitantes em 2019 e neste mesmo período os municípios da I GERES obtiveram taxas de 73,14/100.000 habitantes e 74,9/100.000 habitantes, respectivamente, concentrando cerca de 70% dos casos novos em todo o Estado, além de 76,6% dos casos de recidivas e 81% dos óbitos em relação ao Estado, dados alarmantes levando-se em consideração a classificação das taxas de incidência de casos por 100 mil habitantes: baixa ($>10 < 20$), intermédia ($>20 < 50$), alta (> 50). Todavia, dos cerca de 45.411 casos, 25.540 casos, ou seja, 56,24% evoluíram para cura (AZEDO, 2014).

Embora a TB represente uma prioridade nos programas nacionais de combate as doenças negligenciadas, estima-se que ocorram por ano 129.000 casos novos, dos quais cerca de 40.000 são subnotificados. Ressalta-se a necessidade de preenchimento correto das fichas, visto que, muitas variáveis foram deixadas em branco ou ignorado. Esse dado mostra um certo descompromisso da equipe de saúde e/ou do responsável pelo preenchimento das fichas de notificação.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a TB, embora seja um problema de saúde pública no Brasil, trata-se de uma doença de fácil diagnóstico, e possui tratamento acessível a toda população e cura em todos os casos que forem diagnosticados. Os indivíduos mais vulneráveis para adquirir esta doença, são pertencentes as populações menos favorecidas socioeconomicamente devido às desigualdades sociais.

Este estudo permitiu identificar um padrão de locais mais acometidos com a doença e traçar um perfil dos indivíduos, possibilitando a saúde pública estadual realizar planejamento de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde tendo em vista, minimizar os efeitos ocasionados pelo preconceito aos doentes e familiares, de forma que possa diminuir os altos índices de incidência da TB nesses municípios.

É necessário que o municípios intensifiquem as ações de combate à doença, utilizando ações como busca ativa, supervisão direta da tomada dos medicamentos (TDO), controle dos contatos entre outros, além da elaboração de políticas públicas locais que permitam a redução da incidência desta doença, melhorando a qualidade de vida dos seus munícipes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R.F.; MONTEIRO, A.B. Fatores determinantes para criação da Política Nacional de Saúde do Homem. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v.5, n.5, p.71-86, 2013.
- ANGELOTTI, L.C.Z.; ALEXANDRE, P.B.D.; MIRANZI, S.S.C.; SCATENA, L.M. Qualidade de dados de notificação e acompanhamento dos casos de tuberculose em Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.2, n.2, p.84-9, 2013.
- ANTUNES, A. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. **Sistema de Vigilância Ponto de situação epidemiológica e de desempenho**, p.1-17, 2012.
- ARAÚJO, K.M.F.A. et al. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.296-302, 2013.
- AZEDO, R.C.M. et al. Avaliação comparativa do perfil e tratamento de pacientes nos Programas de Tuberculose do Estado de Pernambuco e do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. **Boletim Informativo Geum**, v.5, n.1, p.71-8 2014.
- BATALHA, E.; MOROSINI, L. Atenção aos esquecidos. 18º Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária. **Radis Comunicação e Saúde**, v.1, n.124, p.08-17, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**, volume único, – 3ª. ed. – p. 740. Brasília, 2019.
- CAVALCANTE, E.F.O.; SILVA, D.M.G.V. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Revista Rene**, v.14, n.4, p.720-9, 2013.
- COELHO, D.M.M. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v.19, n.1, p.33-42, 2010.
- COUTINHO, L.A.S.A. et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa-PB, entre 2007-2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n.1,

p.35-42, 2012.

HINO, P.; VILLA, T.C.S.; CUNHA, T.N.; SANTOS, C.B. Padrões espaciais da Tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4795-802, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2006**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21/09/2020.

NETO, M.S. et al. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n.6, p.724-32, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Tuberculose**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=429:-tuberculose&Itemid=463>. Acesso em 17/09/20.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p.205-13, 2007.

SILVEIRA, M.P.T.; ADORNO, R.F.R.; FONTANA T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.33, n.2, p.199-205, 2007.

SILVA, A.T.P.; MONTEIRO, S.G.; FIGUEIREDO, P.M.S. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.9, n.1, p.11-4, 2011.

SILVA, E.A.; SILVA, G.A. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n.4, p.1233-1247, 2016.

SILVA, W.M. et al. Clinical-epidemiological profile of snakebite notifications in the cities of the 1st regional health management of the state of Pernambuco, in the period 2009-2019. *International Journal of Development Research*. v.10, n.7, pp. 38539-38543, 2020.

TAKAO, E.K.H., et al. Perfil epidemiológico da tuberculose na 15^a regional de saúde de Maringá-PR, no período de 2005 a 2010. **Revista de Saúde e Biologia**, v.8, n.1, p.14-20, 2013.

VENDRAMINI, S.H.F., et al. Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.3, p.237-43, 2005.

CAPÍTULO 3

SÍFILIS CONGÊNITA: REFLEXÕES ACERCA DE UM AGRAVO PREVALENTE

CONGENITAL SYPHILIS: REFLECTIONS ABOUT A PREVALENT DAMAGE

SILVA, Wellington Manoel¹

SANTOS, Marks Passos²

SILVA, Elaine Rufino Barbosa³

OLIVEIRA, Francisca Vanessa⁴

HAVENSTRIN, Vitória Caroline de Lima⁵

SILVA, Thayná Karollyne Carvalho⁶

SILVA, Williane Karine Lira Barros⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558890713.3

1 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - PE/ Wellington-manoel@outlook.com/ <https://orcid.org/0000-0002-6735-5071>

2 Faculdade AGES de Medicina - BA/ enfer.marks@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-1180-404X>

3 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ elaine_rufino@live.com/ <https://orcid.org/0000-0002-1168-8539>

4 Faculdade Santa Maria - PB/ fvanessaoliv@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-4193-785>

5 Centro Universitário Estácio - SC/ vitoriahavenstrin@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-0412-3062>

6 Universidade Federal de Pernambuco - PE/ thayna_karollyne@hotmail.com/ <https://orcid.org/0000-0002-4848-1208>

7 Universidade Federal da Paraíba - PB/ willianekbarros@gmail.com/ <https://orcid.org/0000-0003-4289-966X>

RESUMO

Este estudo trata-se uma revisão narrativa de literatura com o objetivo de refletir sobre a problemática da Sífilis Congênita no Brasil. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a ocorrência de sífilis acarreta complicações em aproximadamente 1 milhão de gestações por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais. No Brasil, observou-se nos últimos anos, um elevado aumento no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Tais taxas, podem ser atribuídas, em parte, à melhoria dos processos de testagem e notificação dos casos, contudo, não se pode ignorar que fatores como a diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica devido ao desabastecimento mundial de penicilina, também pode estar influenciando diretamente para o agravamento deste problema de saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita acontece quando ocorre a transmissão do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para seu concepto de forma transplacentária ou, ocasionalmente, devido o contato direto com a lesão durante o momento do parto, evento esse, denominado transmissão vertical (BRASIL, 2019). Geralmente a doença pode ser evitada havendo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, mas maioria dos casos estão relacionados ao fato da mãe não ter sido testada para sífilis durante o pré-natal ou porque não recebeu tratamento adequado para sífilis antes ou durante a gestação (LAFETA et al., 2016).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio da doença materna e culminar em aborto, natimorto, prematuridade ou gerar um amplo espectro de manifestações clínicas. (BLENCOWE et al., 2011). O diagnóstico da sífilis pode ser realizado por meio da anamnese, do exame clínico e da realização de exames laboratoriais complementares baseados em análises da lesão, do soro sanguíneo e do líquido cefalorraquidiano (LCR) (BLENCOWE et al., 2011).

Existem dois tipos de testes disponíveis no Brasil atualmente, pelo Sistema Único de Saúde; os testes não treponêmicos, VDRL e reação de Wassermann, que são utilizados para o rastreamento em áreas em que a sífilis é prevalente e também, para monitorizar resposta do indivíduo ao tratamento clínico. Também estão disponíveis os testes treponêmicos, FTA-Abs, hemaglutinação e imunofluorescência, que detectam antígenos específicos do *T. pallidum* e são úteis para confirmar a positividade do teste não treponêmico (CLEINMMAN, 2012).

Uma vez realizado o diagnóstico, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, essencialmente com penicilina, com dosagens a depender da fase da doença. Quando for diagnosticado sífilis primária ou latente recente é utilizada a penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única realizada (1,2 milhão UI em cada glúteo). Quando for diagnosticado sífilis secundária é utilizado a mesma medicação com 2 aplicações semanais com intervalo de 7 dias entre cada, enquanto que nos casos de sífilis latente tardia ou terciária é utilizado o mesmo medicamento, contudo irá ter aplicações semanais, durante 21 dias, não excedendo um intervalo de 7 dias entre as aplicações (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo, realizado por meio de uma revisão narrativa da literatura, visando reunir os conhecimentos sobre a temática “Sífilis congênita”. Este tipo de estudo é entendido como uma análise ampla da bibliografia, não havendo a necessidade determinar-se uma metodologia rigorosa que possibilite a reprodução da pesquisa (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014). Entretanto, é um método importante para a obtenção de um panorama geral conhecimento acerca de um tema (ELIAS et al., 2012).

A amostra foi composta por artigos, manuais do Ministério da Saúde do Brasil, legislações e livros. Para a busca da literatura foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na biblioteca virtual SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Os critérios de inclusão foram artigos completos; disponíveis; publicados em língua portuguesa ou inglesa e publicados nos últimos 5 anos. Para a busca dos artigos utilizaram-se os descritores dos Descritores em Saúde (DECs): “sífilis congênita” e “pré-natal” com o uso do conectivo booleano “AND” para realizar o cruzamento das palavras. A busca foi realizada pelo acesso on-line no mês de setembro de 2019. Após a leitura foi realizado um fichamento da literatura disponível e procedeu-se à análise de conteúdo da mesma, o que culminou com a reflexão sobre a temática.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sífilis como agravo de Saúde

O crescente aumento do número de casos de sífilis embora relaciona-se com os avanços dos sistemas de registro dos casos de infecção, também pode ser associado aos comportamentos de risco ao qual a população tem se exposto.

Considera-se que o período de incubação, ou seja, o período do momento da exposição até o desenvolvimento da lesão primária, é de aproximadamente 21 dias. A lesão inicial, o cancro duro, desenvolve-se no local de inoculação, especialmente na região genital. Esta lesão é caracterizada por uma pápula rósea que evolui para vermelho intenso e ulceração. A ulceração é única e indolor, de bordas endurecidas bem definidas, margens elevadas e fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. A lesão regride espontaneamente entre 4 e 5 semanas sem deixar cicatriz (MAGALHÃES, 2013).

Após um período de latência de, em média, 6 a 8 semanas, a doença volta a realizar atividade acometendo a pele e órgãos internos, fase que é denominada de sífilis secundária. Na pele, as lesões (sifílides) são caracterizadas por máculas eritematosas (roséola sifilítica) de curta duração. Acometendo principalmente as regiões palmares e plantares. Na área da face, as pápulas se agrupam em volta do nariz e da boca (RODRIGUES, 2004).

Durante este período podem surgir sintomas gerais, como febre, cefaleia, fadiga, alopecia, adenopatia e perda de peso. As lesões geralmente desaparecem espontaneamente entre 2 a 6 semanas.

Após um longo período de latência, não havendo o tratamento adequado, a doença poderá evoluir para a fase conhecida como sífilis terciária. Nesta fase, o paciente sofre acometimento da pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. São características da sífilis terciária a formação de granulomas destrutivos (gomas) e redução do número total de treponemas. Podem também ser acometidos ossos, músculos e fígado (VALDERAMA, 2004).

Programas e políticas públicas de combate a sífilis congênita no Brasil

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado no ano de 1983, por meio do Ministério da Saúde, visa garantir a integralidade e autonomia das mulheres por meio dos objetivos específicos: prevenir e controlar as Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST's, tendo como uma das principais metas a eliminação da sífilis como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004, PEDROSA, 2005).

A partir deste programa, o Ministério da Saúde focou esforços em políticas públicas que oferecessem assistência à mulher de forma holística. Assim como, o combate às doenças sexualmente transmissíveis tornou-se difundido no país.

A sífilis na gestante, por apresentar altos índices de prevalência, transmissão vertical e mortalidade, foi incluída como DST de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 (SACARENI, 2005).

No ano 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual tem como objetivo a redução dos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, assim como a melhoria do acesso e da qualidade de assistência em nível primário, garantindo a realização do VDRL tanto na primeira consulta de pré-natal quanto na trigésima semana de gestação, o que favorece o diagnóstico e uma consequente melhoria do controle da sífilis congênita (BRASIL, 2002).

Neste contexto, ressalta-se como marco importante, o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, formado por três eixos fundantes, entre eles o Pacto pela Vida. A redução da morbimortalidade materno infantil está entre as suas prioridades, sendo uma das estratégias para a execução dessa prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007).

No ano de 2007, deu-se início ao Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, que objetivou como metas a redução regionalizada das taxas de transmissão vertical de HIV e da sífilis até 2011. Contudo este objetivo não foi alcançado, visto que a sífilis congênita ainda é um agravo de elevada magnitude, e que apresenta pouca redução através dos anos (TAYRA, 2007).

Mais recentemente o Ministério da Saúde (MS), passou a implantar o Projeto Rede Cegonha, objetivando a humanização e a assistência eficaz à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Essa estratégia baseia-se na formulação de uma rede de cuidados com vistas a assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável por meio de um acompanhamento sistematizado (BRASIL, 2011).

Sífilis congênita

Durante o período gestacional, a pesquisa pela infecção pelo *T. pallidum* deve ser realizada com a dosagem de VDRL, no 1º e 3º trimestres em paciente sem infecção pelo HIV, a cada trimestre em pacientes diagnosticadas com HIV, no momento do parto, e em qualquer gestante que der origem a um feto morto com idade gestacional maior que 20 semanas gestacionais (CLEIMAN, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera a sífilis congênita uma das mais graves doenças evitáveis da gestação, uma vez que, pode ser evitado pela realização de um pré-natal eficiente e tratamento adequado das infectadas (OMS, 2008).

A transmissão vertical pode ocorrer, por via transplacentária, do *Treponema pallidum* para o conceito, e também durante o momento do parto ou da amamentação, se o recém-nascido (RN) for exposto ao contato com lesões maternas.

Ressalta-se o fato que se a gestante não for diagnosticada e tratada adequadamente a transmissão pode ocorrer em qualquer período da gestação e em qualquer estágio da doença. Mas estudos apontam que há uma maior chance de contágio durante a fase recente da infecção, ou seja, nas fases primária e secundária da doença. Havendo o diagnóstico precoce e o tratamento correto o risco de transmissão cai para 1 a 2% (BRASIL, 2006).

Os sinais clínicos da sífilis congênita podem ser, geralmente, inespecíficos ou discretos. Além disso, os testes existentes podem apresentar falhas, e ainda, mais de 50% dos casos podem ser assintomáticos. Desta forma, torna-se difícil realizar um diagnóstico preciso em recém-nascidos (BRASIL, 2006).

A doença pode ser classificada em precoce quando o diagnóstico é realizado até 2 anos de idade, onde o curso da doença se assemelha a sífilis secundária (BRASIL, 2019). A criança apresenta frequentemente erupções em forma de bolhas nas palmas, solas dos pés e ao redor da boca e nariz; hepatoesplenomegalia e fibrose hepática difusa; anemia hemolítica; icterícia; osteocondrite dolorosa e periostite. Tardamente, pode ser manifestada a deformidade característica do “nariz em sela”, em decorrência da destruição do osso vômer (KUMAR, 2010).

Na sífilis congênita tardia, aquela na qual os sinais e sintomas surgem após o 2º ano de vida, as manifestações clínicas mais importantes são: ceratite intersticial, dentes de Hutchinson (dentes incisivos medianos superiores deformados), surdez do oitavo par craniano, tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, “nariz em sela”, molares em “amora”, mandíbula curta, arco palatino elevado (BRASIL, 2019).

Avanços e dificuldades

Embora seja considerado um grave problema de saúde pública, já existem em vários países no mundo, bem estabelecidas, as bases de prevenção da transmissão vertical da sífilis. De modo geral, as recomendações são: realização de alto número de consultas pré-natais, oferecimento dos testes de detecção rápida na atenção primária à saúde, realização do tratamento com penicilina (OMS, 2008).

De longa data o Governo Federal impõe esforços com vistas a redução do número de casos de sífilis no Brasil. A eliminação da sífilis congênita constitui-se como prioridade nacional, reafirmada por meio de várias estratégias, como “Eliminação Mun-

dial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para a Ação”, “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, “Pacto pela Saúde” e “Rede Cegonha” (COSTA, 2017).

Estudos como o de Domingues et al. (2013) relacionam as altas taxas de transmissão vertical e formas graves da doença, à baixa qualidade da assistência em saúde, incluindo o início tardio do pré-natal, quebra na continuidade do cuidado e acompanhamento pela atenção primária, dificuldades no diagnóstico da sífilis durante a gestação, tais como falhas nos testes, ou falha no acesso aos testes diagnósticos, tratamento inadequado da gestante e, principalmente, do parceiro; além de falta de orientações sobre a doença e sobre as formas de prevenção (DOMINGUES, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As consequências da sífilis congênita podem ser evitadas, havendo o diagnóstico precoce e tratamento adequado. Para tanto, os países desenvolvidos tem implantado a realização dos testes sorológicos em todos os bebês, mesmo assintomáticos, de mães com teste positivo para sífilis. Contudo, se uma mulher adquire a doença no final do período gravídico, o teste pode ter resultado negativo mesmo se o RN estiver contaminado.

E ainda, outros podem ter resultados falso positivos devido à janela imunológica, período em que o organismo demora, após a infecção, para produzir anticorpos. Tudo isso, somado a um quadro clínico, por vezes, discreto e problemas de infraestrutura e gestão dos serviços de saúde, podem dificultar o diagnóstico da doença e afetar gravemente a implementação de estratégias de prevenção e combate da sífilis.

REFERÊNCIAS

BLENCOWE, H. et al. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v. 11, n. 3, p. 1-16, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto sírio-libanês de ensino e pesquisa. Protocolos da atenção básica. **Saúde das mulheres**. Brasília, 231p, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF); 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de bolso controle das doenças sexualmente transmissíveis DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diário Oficial da União. Projeto Rede Cegonha**. Portaria No 1.459, de 24 de Junho de 2011. Brasília (DF); 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (ist)**. Brasília, 250p, 2019.

CLEINMAN, I.B; MAY, S, B. Diretrizes de Atendimento de Sífilis em Adultos. **Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**. Rio de Janeiro, 2012.

COSTA, C.V., et al. Sífilis Congênita: Repercussões e Desafios. **Arq. Catarin Med**, v.46, n.3, p.194-202, 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M; SARACENI, V; HARTZ, Z.M.A; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.1, p.147-57, 2013.

ELIAS, C.S., et al. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD: **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N.; ROBBINS & COTRAN. Patologia: Bases patológicas das doenças. 8th. ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 1480p, 2010.

LAFETA, K.R.G, et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. Epidemiol**, v.19, n.1, p.63-74, 2016.

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

Organização Mundial de Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**, 2008.

PEDROSA, M. Atenção integral a saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.1, n.3, p.72-80, 2005.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v.16, p.168-75, 2004.

SARACENI, V.; VELLOZO, V.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.4, p.419-24, 2005.

TAYRA, A.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; PAZ, L.C.; RAMOS JUNIOR, A.N. Duas

décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **J Bras Doenças Sex Transm**, v.19, n.3-4, p.111-9, 2007.

VALDERRAM, A.J.; ZACARÍAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Rev Panam Salud Pública**, v.16, p.211-7, 2004.

VOSGERAU, D.S.R.; ROMANOWSKI, J.P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

OS AUTORES

Wellington Manoel da Silva

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV). Pós-graduando em Urgência e Emergência pela Faculdade FAVENI e Residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE. Revisor Ad-Hoc de periódicos nacionais e internacionais. Desenvolveu Pesquisa com Sistematização da Assistência de Enfermagem e tecnologias em saúde, com desenvolvimento de produto tecnológico (aplicativo web - SIEPENF) e Saúde pública, como modulador de sistema Moodle, além de extensão na área da Atenção Básica, incluindo Programa de Educação Tutorial (PET Saúde/Interprofissionalidade), tendo outras participações em projetos nas áreas de: informática (TICAV), Oncologia (STOP-CANCÊR), Biossegurança e Epidemiologia (QUE MANCHA É ESSA?). Atuou como Monitor da disciplina de Saúde Mental para o curso de enfermagem nos períodos 2019.1 e 2019.2 na UFPE - CAV. Fez estágio extra-curricular, na Vigilância epidemiológica do Hospital Tricentenário João Murilo de Oliveira, Vitória de Santo Antão - PE concursado por meio da Secretaria Estadual de Saúde - PE. Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde - ReBETIS e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Inovação e Tecnologias do Cuidado - GEPITEC/UFPE- CAV, com Linha de Pesquisa na área de Instrumentos Tecnológicos do Cuidar - UFPE/CAV.

Maria Eduarda da Silva

Acadêmica de Licenciatura em Educação Física pela Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV). Possui experiência em extensão através dos projetos: Cultura Corporal de Movimentos, Educação, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida para discentes do Instituto Federal de Educação de Pernambuco; Educação Física e cultura do movimento para alunos com deficiência; Histologia em foco: Aperfeiçoamento do acervo didático para ensino básico e graduação e Ações de prevenção ao consumo de crack, álcool e outras drogas, além de ter exercido Monitoria na disciplina de Histologia para os cursos de nutrição e bacharel em Educação Física na Universidade Federal de Pernambuco - CAV. Atualmente é monitora da disciplina de Crescimento e desenvolvimento humano para os cursos de Educação Física.

Elaine Rufino Barbosa da Silva

Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Atualmente pós-graduanda do Programa de Residência Multiprofissional de

Interiorização de Atenção à Saúde/CAV-UFPE. Pós-graduanda em Educação Física Escolar/ Faculdade Única de Ipatinga.

Francisca Vanessa de Oliveira

Acadêmica do curso Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria - FSM, possui experiência/monitora de eventos, atua como monitora da disciplina de Fundamentos do Cuidar em saúde da criança – 2020.1, extensionista no projeto intitulado: Qualidade de vida no trabalho - FSM.

Jociéllen Maria Gomes de Lima

Bacharel em Educação Física - UFPE/CAV. Durante a graduação participou da pesquisa: Crescer com Saúde em Vitória de Santo Antão; dos projetos de extensão: Cintura Fina e Envelhecer com Qualidade; da iniciação científica (CNPQ) intitulada: Pode o tempo dedicado aos comportamentos de brincadeira estar associado com o nível de atividade física durante a infância e juventude de ratos?. Além de ter sido monitora das disciplinas de bioquímica geral ofertada aos cursos de enfermagem, nutrição e educação física e da disciplina de recreação e lazer ofertada aos cursos de educação física (bacharelado e licenciatura). Atualmente Pós-Graduanda no Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde - PRMIAS, UFPE/CAV. Participante dos projetos de extensão cintura fina e atividade física em tempos de pandemia.

Juliana Andrade dos Santos

Bacharel em Enfermagem pela Fundação de ensino superior de Olinda (FUNESO), sanitarista pelo Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (INESP), Pós-graduada em Nefrologia pela universidade de Pernambuco (UPE). Pós-graduanda do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE.

Joyce Neire Vidal Alexandre Souza

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO- 2015), Especialização em Ginecologia e Obstetrícia pelo Instituto de Desenvolvimento Educacional (IDE- FAC REDENTOR-2017). Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família, em andamento, (IDE-FAC REDENTOR 2019-2020). Mestranda em Hebiatria pela UPE. Instrutora de cursos de disciplinas de enfermagem: Fundamentos de Enfermagem, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde do Idoso, Políticas de Saúde, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Processos Patológicos Gerais, Saúde da Mulher no Centro de Ensino Grau Técnico.

Marks Passos Santos

Bacharel em Enfermagem (UFS-Lagarto/SE, 2016); Mestre em Enfermagem (UNILAB-Redenção/CE, 2017); Especialista em Saúde da Família (UNILAB-Redenção/CE, 2018) e em Enfermagem e Saúde Pública (Faculdade Roraimense de Ensino Superior). Colaborador do grupo de pesquisa (CNPq) intitulado Promoção da Saúde sexual e Reprodutiva. Linha de pesquisa: Cuidado na promoção da saúde sexual masculina e feminina nas diferentes fases do ciclo vital. Desenvolvo pesquisa desde a graduação na área da saúde do adolescente, ligada as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) com inovadoras tecnologias utilizadas na educação em saúde desses sujeitos. Membro efetivo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Colaborador da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Saúde da Família (ALASF). Professor da Faculdade AGES de Medicina (curso de Medicina) e na Faculdade AGES de Jacobina (curso de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição).

Thayná Karollyne Carvalho Silva

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco. Socorrista pelo Centro de Treinamento Internacional - Life Support Brasil. Atua como monitora da disciplina de Enfermagem nas situações Clínicas e Cirúrgicas do Adulto e Idoso desde 2019.1; Monitora do Centro de Educação em Saúde de Pernambuco - CESP. Atuou na Coordenação de Enfermagem do hospital de pediatria Helena Moura. Atuante nas linhas de pesquisas: Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente; Enfermagem em Saúde Mental; Urgência e Emergência e Saúde Coletiva.

Vitória Caroline de Lima Havenstrin

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio de Santa Catarina (2020). Atuou durante a graduação, por meio de estágio extracurricular, na UBS da Penitenciária Masculina de Florianópolis. Pós-graduanda em enfermagem obstétrica e ginecológica pela faculdade Censupreg. Pós-graduanda em Saúde coletiva pela faculdade Faveni. Atualmente atuando na cidade de Florianópolis - SC pelo programa Brasil Conta Comigo, em combate ao Covid-19.

Williane Karine Lira Barros da Silva

Bacharel e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, socorrista pela empresa Capacitec, instrumentadora cirúrgica pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley, habilitada no BLS (Basic Life Support) pela American Heart Association. Pós-graduada pela CBPEX (Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa



e Extensão) em Auditoria de Serviços de Saúde e em Avaliação em saúde aplicada a vigilância pela UFPE (Universidade Federal de Pernambuco).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agravos 4, 7, 15, 22, 25, 28

Análise 4, 10, 23, 33

C

Casos 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 36

Compulsória 4, 34

Congênita 6, 31, 33, 35, 37, 39

Crítica 4

D

Diagnóstico 21, 24, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 37

Doença 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 36, 37

E

Educação 15, 40, 41, 42

Enfermagem 10, 29, 40, 41, 42

F

Federal 9, 10, 12, 15, 16, 17, 19, 31, 36, 40, 42, 43

N

Notificação 3

P

Período 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38

Pernambuco 7, 9, 19, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 40, 41, 42, 43

População 11, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 33

Pública 3

S

Saúde 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43

Sífilis 7, 11, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

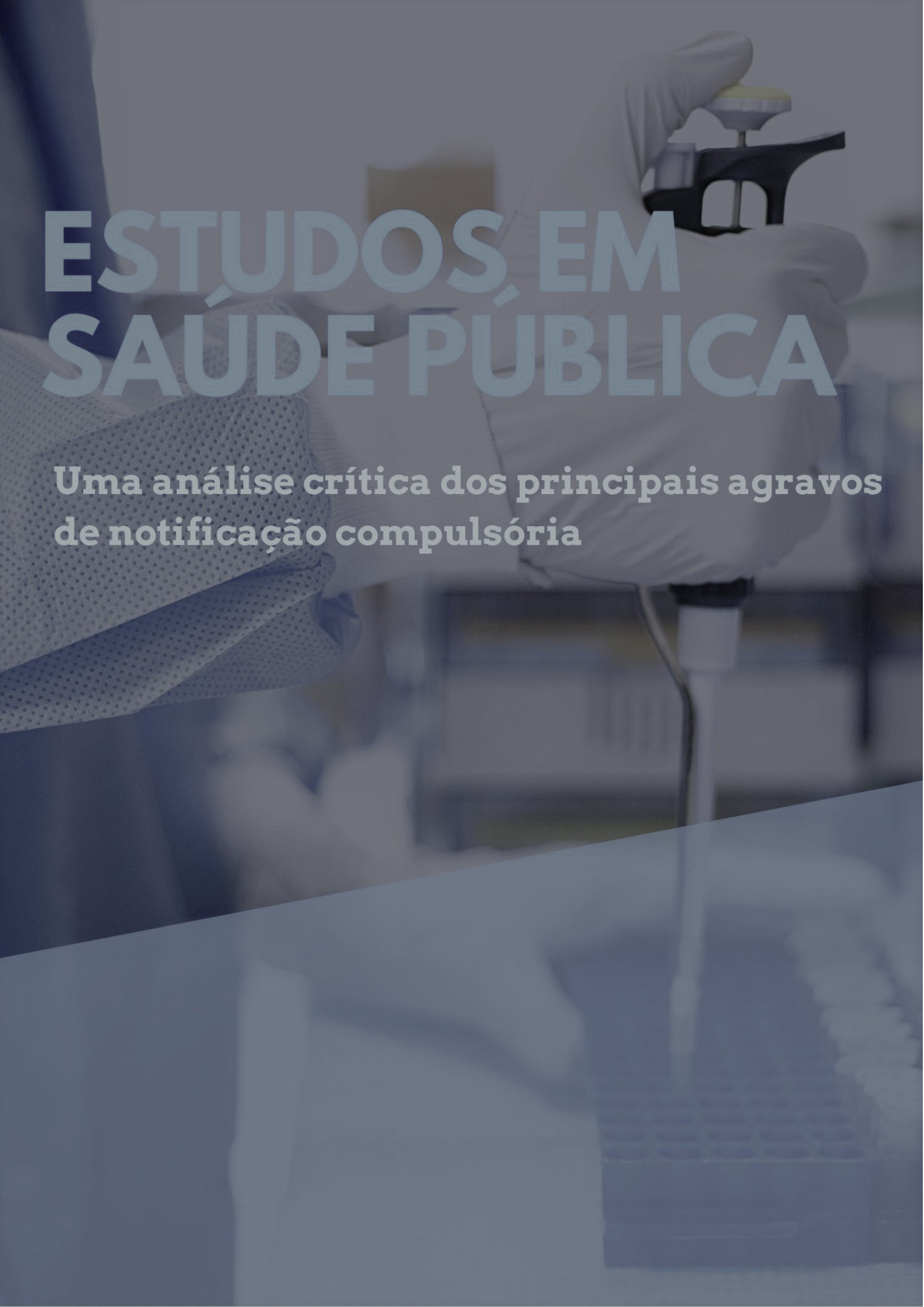
Sistema 10, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 34, 40

T

Transmissão 12, 20, 25, 32, 34, 35, 36, 37

Tratamento 21, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37

Tuberculose 7, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30

A person wearing a white lab coat and white gloves is using a black and yellow pipette to transfer liquid into a multi-well plate. The background is a blurred laboratory setting with various equipment and containers. The text is overlaid on the image in a light blue color.

ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA

**Uma análise crítica dos principais agravos
de notificação compulsória**

ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA

Uma análise crítica dos principais agravos
de notificação compulsória



Rfb
Editora