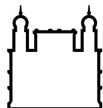


**A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DESAFIO
DO TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL E NA REDUÇÃO DE
SÍFILIS CONGÊNITA NOS ANOS DE 2008 A 2017, NO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO, BRASIL.**

Marina Adelaine da Silva Barrozo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Pinto Marques

Rio de Janeiro, 2019



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

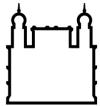


Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO,
MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA - SIMASP**

**A atuação da Estratégia Saúde da Família no desafio
do tratamento da sífilis gestacional e na redução de
sífilis congênita nos anos de 2008 a 2017, no estado do
Rio de Janeiro, Brasil.**

Rio de Janeiro, 2019



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA - SIMASP

A atuação da Estratégia Saúde da Família no desafio do tratamento da sífilis gestacional e na redução de sífilis congenita nos anos de 2008 a 2017, no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

por

Marina Adelaine da Silva Barrozo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistemas de Informação, Monitoramento e Análise de Saúde Pública.

Orientador (es): Prof.^a Dr.^a Aline Pinto Marques

Prof.^a Dr.^a Wanessa da Silva de Almeida

Rio de Janeiro, novembro de 2019

AGRADECIMENTOS

A minha mãe e meu filho pelo apoio.

Aos 8 anos e meio de trabalho na Clínica da Família Rogerio Rocco, que me fizeram perceber através da sua população de cobertura tão sofrida e carente a importância da Atenção Básica e das Políticas Públicas de Saúde.

A minha amiga Elisângela dos Santos que além de dividir esses mais de 8 anos de ESF, foi quem ao saber da minha vontade de voltar aos estudos me falou (e também terminou) desse curso em que agora me especializo.

Aos colegas de curso pelo companheirismo.

Aos professores que tiveram paciência comigo durante o tempo da realização desse trabalho.

Ao meu ex-professor Márcio Franco Xavier Vieira que no meu 2º Grau, me fez lembrar e entender a importância de se estudar e correr atrás de seus sonhos e inspirações.

Aos Deuses por me darem forças, calma e a esperteza para realizar esse trabalho.

Ao meu pai (Carlos Fernandes Barrozo) que apesar de ter convivido tão pouco comigo, me fez perceber que o estudo e o conhecimento podem nos levar a lugares inimagináveis.

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita (SC) pode ser considerada um “evento sentinela” pois é evitável com o diagnóstico e tratamento adequado na gestação, diferente de outras infecções neonatais. A assistência inadequada é o principal fator para a falta de tratamento das gestantes com sífilis e, conseqüentemente, a elevada incidência de SC no mundo. Por isso, apesar das estratégias de prevenção e da disponibilidade de tratamento, a SC continua sendo um dos maiores desafios de saúde pública. **Objetivos:** Descrever as características sociodemográficas e clínicas das mulheres e crianças com sífilis gestacional e congênita, respectivamente, e analisar o impacto da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na taxa de detecção de sífilis gestacional e na taxa de incidência de sífilis congênita no estado do Rio de Janeiro entre 2008 e 2017. **Metodologia:** Para a realização deste estudo foram utilizados os dados secundários oriundos do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/MS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de onde foram selecionadas as taxas de detecção de sífilis gestacional e as taxas de incidência de sífilis congênita de todas as Unidades da Federação (UF). Do PROADESS, foi selecionado o indicador de percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **Resultados:** O Rio de Janeiro esteve entre os estados com a maior taxa de detecção de sífilis gestacional entre 2008 e 2017. A partir de 2016 passou a ter as piores taxas de todos os estados do Brasil. Com relação a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade, o estado do Rio de Janeiro esteve com as maiores taxas dos estados brasileiros em todos os anos avaliados. Concomitantemente, houve um aumento da cobertura da ESF no estado, no período analisado. **Conclusão:** A expansão da cobertura e qualidade da Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro é uma necessidade, tanto para promover ações de prevenção da sífilis quanto como principal serviço para diagnóstico e tratamento da sífilis. Uma redução da cobertura geraria impacto substancial no agravamento da sífilis gestacional e congênita.

Palavras-chave: Sífilis gestacional, sífilis congênita, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis (SC) can be considered a "sentinel event" because it is preventable with the diagnosis and appropriate treatment during pregnancy, different from other neonatal infections. Inadequate care is the main factor for the lack of treatment of pregnant women with syphilis and, consequently, a high incidence of SC in the world. Therefore, despite the prevention strategies and the availability of treatment, SC remains one of the greatest public health challenges. **Objectives:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics of women and children with gestational and congenital syphilis, respectively, and to analyze the impact of Family Health Strategy (ESF) expansion on the rate of detection of gestational syphilis and the incidence rate of congenital syphilis in the state of Rio de Janeiro between 2008 and 2017. **Methodology:** For this study, we used secondary data from the Department of chronic conditions and sexually transmitted infections (DCCI/MS) and the information system of notifiable diseases (SINAN), the rates of detection of gestational syphilis and the incidence rates of congenital syphilis of all Federative Units (UF). From PROADESS, the percentage indicator of the population covered by the (ESF) was selected for this study. **Results:** Rio de Janeiro was among the states with the highest rate of detection of gestational syphilis between 2008 and 2017. From 2016 onwards, it started to have the worst rates of all States in Brazil. Regarding the incidence rate of congenital syphilis in children under one year old, the state of Rio de Janeiro was with the highest rates of Brazilian states in all the years evaluated. Concomitantly, there was an increase in ESF coverage in the state, with no period analyzed. **Conclusion:** The expansion of coverage and quality of primary care in the state of Rio de Janeiro is a necessity, both to promote actions to prevent syphilis and as the main service for diagnosis and treatment of syphilis. A reduction in coverage would generate substantial impact on the worsening of gestational and congenital syphilis.

Key words: Gestational syphilis, congenital syphilis, family health strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
4. METODOLOGIA	14
5. RESULTADOS.....	16
6. TABELAS E FIGURAS	18
7. DISCUSSÃO	25
8. CONCLUSÃO	29
9. REFERÊNCIAS.....	30

LISTA DE ABREVIações

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DATASUS – Departamento de Informação em Saúde do SUS

DCCI – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PROADESS – Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SC – Sífilis Congênita

SG – Sífilis Gestacional ou em Gestante

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretária de Vigilância em Saúde

UF – Unidades da Federação

VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*

1. INTRODUÇÃO

O avanço da medicina auxiliou o tratamento, o diagnóstico precoce e a classificação da sífilis, que foi confundida até 1767 com a gonorreia. Depois de estudos e novas tecnologias Balfour e Hunter, no século XVII criaram métodos de diferenciar as duas doenças através da aparência e rigidez do cancro sífilítico (TEIXEIRA, 2015).

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, descoberto em 1905, e é uma infecção sexualmente transmissível (IST) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Os sinais e sintomas podem variar em cada estágio da doença e dividem-se em:

➤ **Sífilis primária - sintomas**

Ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais da pele), que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Essa lesão é rica em bactérias e normalmente é indolor.

➤ **Sífilis secundária - sintomas**

Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses depois do contato. Pode ocorrer manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Podem ocorrer também febre, mal-estar, dor de cabeça e ínguas pelo corpo. Essas lesões são ricas em bactérias.

➤ **Sífilis latente - sintomas**

Não aparecem sinais ou sintomas. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. É dividida em sífilis latente recente (menos de dois anos de infecção) e sífilis latente tardia (mais de dois anos de infecção). A duração é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

➤ **Sífilis terciária - sintomas**

Pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. Menos frequente hoje em dia. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões

cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Sua transmissão pode ser através de relação sexual (vaginal, anal ou oral) sem proteção com uma pessoa infectada, ou pode também, ser transmitida para o bebê durante a gestação ou na hora do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Uma pessoa pode ter sífilis sem saber, pois, a doença pode ficar latente no organismo, aparecendo e desaparecendo sem causar grandes sintomas. A falta de tratamento da sífilis pode levar a outras doenças, complicações e até mesmo à morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Teixeira (2015) mostra que o tratamento mais indicado para a bactéria *Treponema pallidum* é a penicilina benzatina, que é o tratamento mais antigo e o mais acessível financeiramente para os indivíduos infectados. Esse tratamento ajuda na redução de complicações nos casos.

A sífilis congênita (SC) é causada pela transmissão da bactéria pela corrente sanguínea da gestante para o feto. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, inclusive no parto natural se houver lesões ativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A sífilis gestacional (SG), que ocorre quando a mãe tem o diagnóstico de sífilis durante a gestação, quando não tratada, pode causar aborto, natimortalidade, parto prematuro, recém-nascido com sintomas clínicos de SC ou bebês aparentemente saudáveis que desenvolvem sintomas posteriormente, caso este, mais frequente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis no mundo a cada ano. A maioria delas não realiza o teste para sífilis, e as que fazem, não tem o tratamento adequado ou não recebem o tratamento. Do total de gestantes não tratadas ou com tratamento inadequado, 50% podem transmitir a doença para o feto. A assistência inadequada é o principal fator para a elevada incidência de SC no mundo (NONATO et al. 2015).

A SC é uma preocupação e tem sido considerada um problema de saúde pública no mundo. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) no

Brasil, desenvolveram estratégias de controle, considerando como aceitável uma incidência de até 0,5 casos de SC por mil nascidos vivos (CARDOSO et al., 2018). O seu diagnóstico é mais difícil do que o da SG, pois aproximadamente 50% dos recém-nascidos infectados não tem sinais ou sintomas, que só aparecem, normalmente, nos primeiros 3 meses de vida (REIS et al., 2018). A recomendação do MS é que o recém-nascido seja investigado clinicamente, através de exames físicos, laboratoriais e radiológicos (CARDOSO et al., 2018).

As crianças de mães que não foram tratadas adequadamente para a sífilis necessitam de intervenções como: coleta de sangue, avaliação neurológica, radiografia dos ossos, avaliação oftalmológica e audiológica, e por vezes, necessitam de longas internações hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A SC tornou-se uma doença de notificação compulsória em 1986 através da portaria nº 542. E só em 2005 a SG foi incluída na lista de agravos de notificação compulsória com a portaria nº 33. Ambas formas de sífilis devem ser notificadas/investigadas com ficha de notificação padronizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Além da necessidade de se seguir os protocolos padronizados pelo MS, com normas para o acompanhamento e tratamento dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A SC pode ser considerada um “evento sentinela” pois é evitável com o diagnóstico e tratamento adequado na gestação, diferente de outras infecções neonatais. Seu controle está ligado à qualidade do pré-natal da gestante, o que mostra a necessidade de monitoramento e avaliação dessa ação nos diferentes serviços e em diferentes níveis de complexidade (CARDOSO et al., 2018).

A não realização e atraso na entrega de resultados de exames; abandono do pré-natal; falta de captação e resgate das gestantes faltosas; não cumprimento dos protocolos no manejo da infecção por parte dos profissionais; dificuldade na captação e tratamento do parceiro; falta de acompanhamento das mães e crianças após o parto; além do mal preenchimento dos prontuários e fichas epidemiológicas, são os problemas que atrapalham a prevenção de SC e estão ligados à má assistência pré-natal das mães (CARDOSO et al., 2018).

O exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) faz parte do protocolo de pré-natal no início da gestação, com repetição por volta da 28º

semana, para prevenir a transmissão da doença da mãe para o feto, assim como para promover a saúde da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A testagem rápida para sífilis no 1º e 3º trimestre de gestação foi preconizada para melhorar o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno. Imagina-se que o aumento do acesso da gestante ao pré-natal seja um aliado a diminuição da transmissão vertical da sífilis, assim como de outros agravos à saúde do bebê e da mãe. Estes procedimentos para diagnóstico preventivo devem ocorrer, preferencialmente, na atenção primária à saúde, prestada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (NUNES et al., 2018).

Nunes e colaboradores (2018) mostram que o pré-natal, além de ser um importante cuidado oferecido pelas equipes de saúde da família à gestante, é o momento ideal para o controle de infecções possíveis de transmissão vertical, como a sífilis.

A ESF como proposta de modelo de atenção básica à saúde feita pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem melhorando o aumento da oferta de serviços de saúde no Brasil (NUNES et al., 2018), já que a mesma busca intervir nos fatores de risco a saúde e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, de forma integral e contínua, se colocando como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTERIO DA SAUDE, 1997).

A ESF visa a renovação da Atenção Básica no Brasil, se tornando prioritária na expansão, qualificação e consolidação dos preceitos do SUS, pois favorece a reorganização do trabalho com maior resolutividade e impacto na melhoria da saúde das pessoas, além de ser de baixo custo-efetividade (PNAB, 2017).

1.1. Breve histórico da Estratégia Saúde da Família (ESF)

No fim da década de 1980 o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para ajudar a reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através do aumento da cobertura de serviços de saúde para os mais pobres e carentes. Com a experiência no Ceará do PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes na

atenção básica de saúde e começa a focar na família, não somente no indivíduo. E cria o PSF (Programa Saúde da Família) em 1991 incorporando a noção de cobertura por família no SUS (ROSA e LABATE, 2005).

Vale lembrar que o movimento “olhar a família” ocorreu em vários países e a criação do PSF seguiu modelos criados no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a implementação do programa no Brasil. O PSF não era um simples programa, pois permitia a integração e possibilitava a organização de atividades em territórios com a meta de resolver problemas identificados (ROSA e LABATE, 2005).

Um programa possui tempo determinado, já uma estratégia é permanente e contínua. Por isso, em 2006 o PSF passou a ser ESF, uma estratégia permanente de atenção básica em saúde (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

A ESF veio junto com o Pacto em Saúde (2006), que afirma a finalidade de consolidar o SUS na busca de fortalecer, principalmente, a Atenção Básica em Saúde focando na promoção da saúde (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

É preciso evidenciar que o SUS não enfatiza o cuidado com vínculo e continuidade, já que os mesmos sugerem criação de “laços” entre os profissionais de saúde e a população usuária do SUS, garantindo assim permanência e acompanhamento no atendimento dos mesmos. Isso é garantido e mantido através da participação dos usuários em conferências e nos conselhos de saúde (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

2. JUSTIFICATIVA

A sífilis, apesar da eficiência da penicilina no tratamento, continua persistente à todas as tentativas de eliminação. E as gestantes são afetadas pelo não tratamento ou mal tratamento (CARDOSO et al., 2018).

Por isso, apesar das estratégias de prevenção e da disponibilidade de tratamento, a SC continua sendo um dos maiores desafios de saúde pública (SADECK, 2016).

Os profissionais têm um papel disseminador de informação, além de formadores de um conhecimento coletivo com foco na promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos (TEIXEIRA, 2015).

Incorporando-se com a experiência profissional vivida pela autora, a atuação da Estratégia Saúde da Família é fundamental na conscientização e no monitoramento do tratamento da gestante através do acompanhamento pré-natal, visando à diminuição dos casos de sífilis congênita

Com o aumento da cobertura de ESF e de ações básicas como o atendimento pré-natal, seria esperado um melhor controle da transmissão vertical da sífilis, mas são escassos os estudos de base nacional que analisem a associação entre a incidência da SC e a expansão de cobertura da ESF (ARAUJO et al, 2012).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever as características sociodemográficas e clínicas das mulheres e crianças com sífilis gestacional e congênita, respectivamente, e analisar o impacto da expansão da ESF na taxa de detecção de sífilis gestacional e na taxa de incidência de sífilis congênita no estado do Rio de Janeiro entre 2008 e 2017.

Objetivos Específicos

1. Descrever as características sociodemográficas e clínicas das gestantes com sífilis, das mães e dos menores de 1 ano com sífilis congênita;
2. Analisar a evolução temporal da taxa de detecção da sífilis gestacional;
3. Analisar a evolução temporal da taxa de incidência da sífilis congênita;
4. Analisar a evolução temporal da cobertura da ESF;
5. Analisar a relação da taxa de sífilis gestacional e congênita e a cobertura da ESF.

4. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo ecológico descritivo dos casos de sífilis gestacional e congênita de residentes no estado do Rio de Janeiro de 2008 a 2017, a partir de dados secundários oriundos do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/MS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As informações foram obtidas nas páginas online do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS) e do Departamento de Informação em Saúde do SUS (DATASUS).

Do PROADESS, foi selecionado para este estudo o indicador de percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2000 a 2017.

O método de cálculo utilizado pelo PROADESS neste indicador é a divisão entre o número de pessoas que residem em domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família e a população total residente, multiplicado por 100. E os dados foram obtidos do Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS.

Os indicadores referentes a sífilis gestacional e congênita provenientes do SINAN foram obtidos no Tabnet/DATASUS, de onde foram selecionadas as taxas de detecção de sífilis gestacional de todas as Unidades da Federação (UF) cujo método de cálculo consiste na divisão entre o número de gestantes com diagnóstico de sífilis e o número de nascidos vivos, multiplicado por 1000. Também foram selecionadas as taxas de incidência de sífilis congênita de todas as UF, cujo método de cálculo consiste na divisão entre o número de menores de 1 ano com diagnóstico de sífilis congênita e o número de nascidos vivos, multiplicado por 1000.

Para a análise das características sociodemográficas dos casos de sífilis gestacional e congênita do estado do Rio de Janeiro de 2008 a 2017, foram selecionados os seguintes indicadores do DATASUS: Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis

segundo raça ou cor por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico e Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo raça ou cor da mãe por ano de diagnóstico.

Para a análise das características clínicas dos casos de sífilis gestacional e congênita do estado do Rio de Janeiro de 2008 a 2017, foram selecionados os seguintes indicadores: Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico, Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico e Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico.

5. RESULTADOS

O Rio de Janeiro esteve entre os estados com a maior taxa de detecção de sífilis gestacional entre 2008 e 2017. A partir de 2016 passou a ter as piores taxas de todos os estados do Brasil (Figura 1).

No período analisado, o Rio de Janeiro teve um aumento de mais de 800% na taxa de detecção de sífilis gestacional, saltando de 3,7 casos por mil nascidos vivos em 2008 para 32,9 em 2017. O Rio de Janeiro apresentou taxa mais do que 400% maior que Minas Gerais em 2008 e do que Roraima em 2017, estados com as menores taxas nos respectivos anos (Tabela 1).

Com relação a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade o estado do Rio de Janeiro esteve com as maiores taxas dos estados brasileiros em todos os anos avaliados (Figura 2). Entre os anos de 2008 e 2017, o Rio de Janeiro teve um aumento de 300% na taxa de incidência de sífilis congênita (Tabela 2).

As características sociodemográficas mostram que a sífilis gestacional tem seu maior percentual na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida das mulheres de 10 a 19 anos. A qualidade do preenchimento das variáveis escolaridade e raça/cor na ficha de notificação de sífilis gestacional apresentou melhoria no período estudado. Apesar da variável escolaridade ainda apresentar mais de 30% de ignorados no ano de 2017, mais da metade das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação tinham, no máximo, o ensino médio incompleto de escolaridade (Tabela 3).

No que se refere a raça/cor, a categoria “não branca” representou 49,9% em 2008 e 69,5% em 2017, o campo ignorado apresentou redução no período estudado (30,4% em 2008 para 10,7% em 2017), o que demonstra melhoria na qualidade do preenchimento da ficha de notificação (Tabela 3).

Assim como na sífilis gestacional, os casos de sífilis congênita em menores de um ano ocorreram em maior quantidade nas mães de faixa etária entre 20 e 29 anos, seguida pelas de 10 a 19 anos, e podemos observar poucos dados preenchidos como ignorado. A escolaridade da mãe também é similar na sífilis gestacional, com maior percentual de sífilis congênita entre as mães de menor

escolaridade. O diagnóstico da sífilis congênita é precoce, mais de 95% dos casos é diagnosticado com menos de 7 dias de vida da criança. A qualidade do preenchimento das variáveis raça/cor e escolaridade também apresentam melhorias no período, embora escolaridade da mãe ainda tenha 33% de ignorado em 2017 (Tabela 3).

A distribuição percentual dos casos de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional mostrou que, em 2008, 35% dos casos foram diagnosticados no 3º trimestre da gestação, e a partir de 2014, passou a ser maior no 1º trimestre. Em 2017, quase metade destes diagnósticos já são feitos em tempo oportuno. A qualidade do preenchimento da variável “Classificação clínica”, que se refere ao estágio da doença, apresentou melhoria no período estudado, o campo ignorado passou de 59,1% para 30,6% em 2017, apesar de ainda ser considerado um alto percentual. Em 2017 os diagnósticos foram principalmente de sífilis latente e primária, com percentuais de 29,3% e 21,1%, respectivamente (Tabela 4).

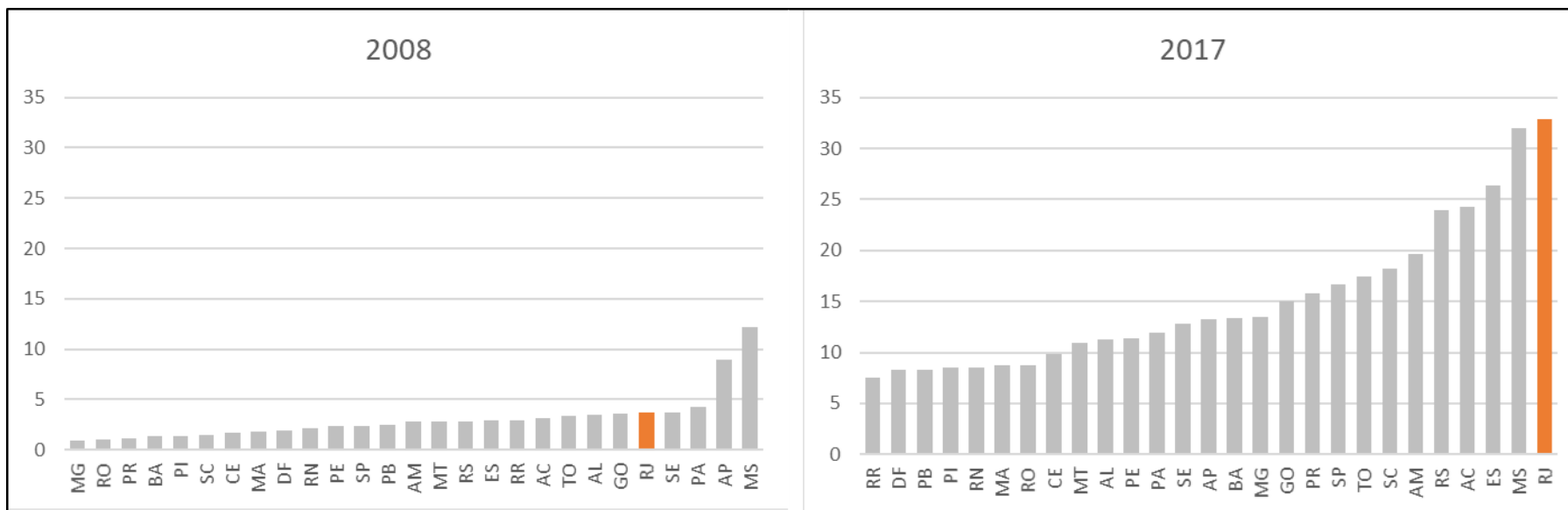
A maioria das mães realizaram o pré-natal (64,1% em 2008 e 78,9% em 2017). Quanto ao momento do diagnóstico da sífilis materna, a maioria das mães teve o diagnóstico no momento do parto/curetagem (47,3% em 2008 e 33% em 2017). A partir de 2014, a maior parte dos casos de sífilis materna passou a ser diagnosticada durante o pré-natal (44,0% em 2014 e 55,0% em 2017) (Tabela 4).

Em 2017, na maioria dos casos de sífilis congênita as mães não fizeram o protocolo de tratamento (28,7%) ou o fizeram de maneira inadequada durante a gravidez (51%) (Tabela 4).

Na figura 3, podemos observar a expansão da cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no Rio de Janeiro, que passou de menos de 10% em 2008 para 51,1% em 2017. Assim como a cobertura da ESF, as taxas de sífilis congênita e gestacional apresentaram tendência de aumento no período estudado. Observa-se que entre os anos de 2008 a 2010 a taxa de sífilis congênita é maior que a taxa de detecção de sífilis em gestantes. No entanto essa tendência se inverte em 2011, onde a taxa de sífilis congênita passa a ser menor e passa a crescer de forma mais lenta quando comparada a taxa de sífilis gestacional (Figura 3).

6. TABELAS E FIGURAS

Figura 1 – Ranking da taxa de detecção de sífilis gestacional (por 1000 nascidos vivos) segundo ano de diagnóstico. Unidades da Federação, 2008 e 2017.



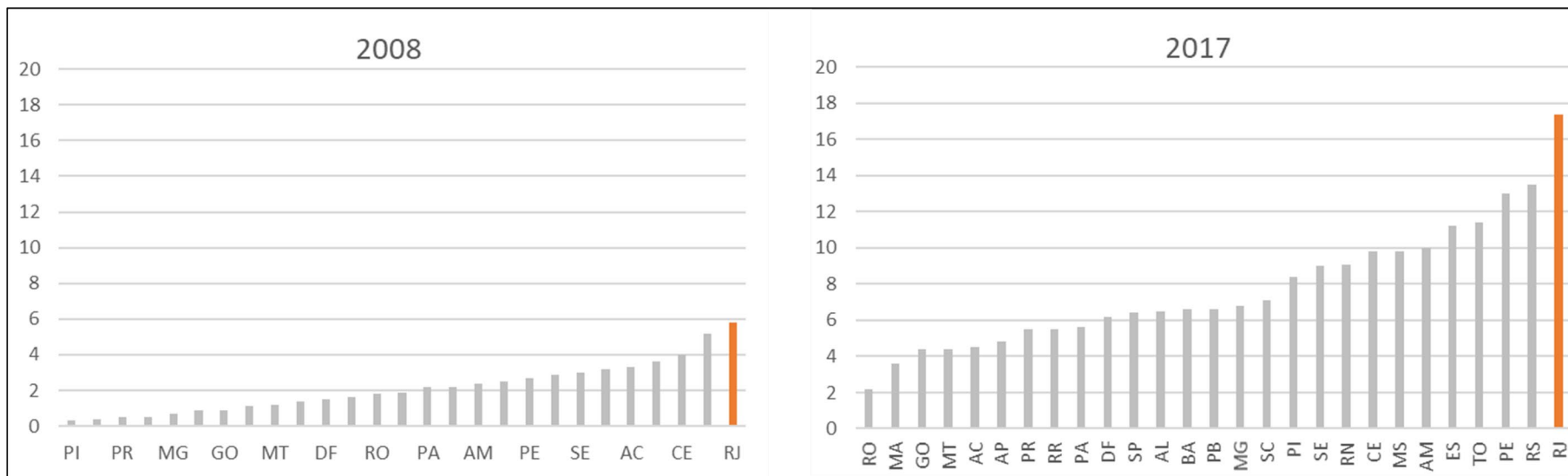
Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 1 – Taxa de detecção de sífilis gestacional (por 1000 nascidos vivos) segundo ano de diagnóstico. Unidades da Federação, 2008 a 2017.

Sífilis gestacional		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NORTE	AC	3,1	3,7	2,5	5,2	5,4	6,4	13,2	17,8	19,2	24,3
	AP	8,9	10,7	6,4	5,2	2,6	9,0	9,2	8,8	10,5	13,3
	AM	2,8	3,1	2,7	3,0	3,7	5,3	6,0	12,0	16,9	19,6
	PA	4,3	4,7	5,4	6,3	5,8	7,1	8,5	9,7	9,8	11,9
	RO	1,0	1,5	2,1	3,0	3,4	4,1	6,6	6,6	8,8	8,7
	RR	2,9	2,8	2,2	2,1	6,2	7,3	6,3	8,8	11,6	7,5
	TO	3,4	3,2	4,5	4,4	5,0	4,4	5,7	7,8	9,9	17,4
NORDESTE	AL	3,5	2,9	3,4	3,7	3,6	3,9	5,4	6,0	7,1	11,3
	BA	1,3	2,1	2,5	3,7	4,6	6,5	8,5	9,6	12,1	13,4
	CE	1,7	2,6	3,5	4,4	5,4	5,2	5,5	6,2	7,2	9,8
	MA	1,8	1,9	2,0	2,3	1,9	3,1	5,4	7,0	6,4	8,7
	PB	2,5	2,6	3,0	5,1	5,2	7,3	5,2	6,2	4,2	8,3
	PE	2,4	2,4	2,7	3,4	3,9	4,7	5,2	5,8	6,2	11,4
	PI	1,3	1,2	1,7	2,0	2,7	4,9	4,3	5,2	6,2	8,5
	RN	2,1	2,5	3,4	3,6	4,9	3,2	4,3	4,4	5,2	8,5
	SE	3,7	3,2	5,2	8,9	9,6	7,6	8,8	9,8	8,7	12,8
SUDESTE	ES	2,9	2,7	4,8	7,2	9,5	12,8	13,7	19,1	22,5	26,4
	MG	0,9	1,2	1,4	2,1	3,3	4,4	6,4	9,0	9,7	13,5
	RJ	3,7	4,3	6,7	10,0	12,2	14,3	17,2	18,2	24,5	32,9
	SP	2,4	3,0	3,6	5,3	6,3	8,2	10,2	11,2	13,2	16,7
SUL	PR	1,1	1,6	2,2	3,6	4,4	6,4	8,3	11,5	14,1	15,8
	SC	1,5	2,0	2,4	2,9	3,6	5,8	8,2	12,7	14,3	18,2
	RS	2,8	3,2	3,5	4,6	6,8	8,6	12,1	19,4	20,7	24,0
CENTRO-OESTE	DF	1,9	1,7	2,1	2,4	1,9	2,8	4,0	5,9	7,2	8,3
	GO	3,6	3,5	3,8	4,2	5,8	8,6	9,2	10,3	10,8	15,0
	MT	2,8	3,4	4,7	4,5	4,6	5,5	5,8	5,9	6,8	10,9
	MS	12,2	13,8	12,8	12,3	12,9	16,1	19,3	21,7	24,3	32,0

Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 2 – Ranking da taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1000 nascidos vivos). Unidades da Federação, 2008 e 2017.



Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 2 – Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1000 nascidos vivos). Unidades da Federação, 2008 a 2017.

Sífilis congênita	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
NORTE	AC	3,3	2,1	1,1	1,2	2,1	4,2	5,3	4,0	3,9	4,5
	AP	5,2	6,2	5,0	4,8	5,8	6,4	2,5	2,6	4,4	4,8
	AM	2,4	1,9	1,3	1,6	2,1	2,2	2,0	3,9	6,2	10,0
	PA	2,2	2,3	2,2	3,1	3,1	3,6	4,8	4,6	5,2	5,6
	RO	1,8	1,6	5,1	2,7	3,8	4,2	1,5	1,2	1,9	2,2
	RR	0,5	0,7	1,0	1,4	2,0	2,5	2,9	4,0	4,5	5,5
	TO	2,9	2,2	2,7	3,6	3,9	5,5	6,4	9,2	9,9	11,4
NORDESTE	AL	3,2	3,2	4,0	6,0	7,0	7,8	8,0	7,4	6,1	6,5
	BA	0,9	1,2	1,5	2,1	2,7	4,1	4,5	5,6	6,7	6,6
	CE	4,0	4,8	5,1	6,9	7,3	7,9	8,5	8,6	8,6	9,8
	MA	1,6	1,2	1,0	1,5	2,1	2,3	2,5	3,7	3,8	3,6
	PB	1,1	1,4	2,0	2,8	3,7	3,4	4,4	5,4	1,4	6,6
	PE	2,7	3,0	3,6	4,9	5,4	7,2	9,0	9,4	10,4	13,0
	PI	0,3	0,3	0,6	0,8	1,8	2,7	3,3	8,0	7,6	8,4
	RN	3,6	3,6	4,2	5,4	6,1	5,9	5,9	8,9	7,2	9,1
SE	3,0	3,5	5,0	6,5	9,9	11,1	11,1	10,5	8,9	9,0	
SUDESTE	ES	1,9	1,8	3,0	3,2	5,1	6,2	6,7	9,0	10,5	11,2
	MG	0,7	0,8	0,9	1,2	1,9	2,5	3,5	5,3	5,5	6,8
	RJ	5,8	6,4	6,8	9,9	11,5	12,1	12,3	12,6	14,4	17,4
	SP	1,4	1,3	1,9	2,4	3,1	3,9	4,7	5,4	5,8	6,4
SUL	PR	0,5	0,7	1,0	1,4	2,0	2,5	2,9	4,0	4,5	5,5
	SC	0,4	0,6	0,9	1,1	1,1	2,4	2,9	5,0	5,7	7,1
	RS	2,2	3,0	3,3	4,4	5,5	6,9	8,2	11,1	12,5	13,5
CENTRO-OESTE	DF	1,5	1,5	2,1	2,7	2,9	3,4	3,9	4,4	4,7	6,2
	GO	0,9	0,8	0,8	1,2	1,3	2,4	3,4	3,9	4,2	4,4
	MT	1,2	0,9	1,4	1,1	2,3	3,1	3,2	3,7	3,5	4,4
	MS	2,5	3,1	2,6	2,6	4,3	5,2	5,6	7,2	8,9	9,8

Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos casos de sífilis gestacional e congênita. Estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SÍFILIS GESTACIONAL										
Faixa etária										
10 a 19 anos	23,0	29,2	27,2	27,9	29,5	30,5	31,3	28,9	29,5	29,7
20 a 29 anos	54,3	51,0	51,7	51,3	50,2	50,4	50,6	52,8	52,8	52,7
30 anos ou mais	22,8	19,8	21,0	20,7	20,4	19,1	18,2	18,3	17,7	17,5
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1
Escolaridade										
Fundamental Incompleto	24,9	28,9	27,9	27,9	28,3	25,0	29,5	28,5	31,5	30,2
Fundamental Completo	6,5	7,4	10,2	8,5	10,0	10,1	9,3	8,8	8,8	9,0
Médio Incompleto	5,2	5,2	8,2	7,4	8,0	9,2	10,9	13,2	14,4	14,5
Médio Completo ou mais	4,9	4,8	10,1	8,1	8,2	10,1	11,6	12,9	13,6	14,3
Ignorado	58,7	53,7	43,7	48,1	45,4	45,5	38,5	36,5	31,7	31,8
Raça / Cor										
Branca	19,8	19,6	20,6	18,9	18,1	20,5	20,2	20,3	20,3	19,8
Não Branca	49,9	51,0	58,5	58,4	59,8	57,8	61,7	63,8	67,1	69,5
Ignorada	30,4	29,5	20,8	22,7	22,0	21,8	18,0	16,0	12,7	10,7
SÍFILIS CONGÊNITA										
Idade da criança										
Menos de 7 dias	95,9	97,2	97,8	98,2	97,3	98,2	97,4	96,3	94,9	95,3
7 a 27 dias	1,5	1,7	1,1	0,7	1,3	0,9	1,1	2,3	2,7	2,7
28 a 364 dias	2,1	0,9	1,0	0,8	1,0	0,7	1,0	1,1	1,9	1,7
Ignorado	0,6	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2	0,5	0,3
Faixa etária da mãe										
10 a 19 anos	21,7	26,8	25,0	25,6	28,5	29,3	28,4	28,7	27,5	29,0
20 a 29 anos	52,4	52,1	51,1	51,5	50,2	49,8	49,8	53,6	53,7	53,7
30 anos ou mais	22,8	18,8	19,7	19,4	19,4	17,4	17,0	14,3	15,7	13,6
Ignorado	3,1	2,4	4,3	3,5	2,0	3,4	4,9	3,3	3,1	3,7
Escolaridade da mãe										
Fundamental Incompleto	40,8	42,3	34,7	36,0	33,5	29,0	31,9	31,6	30,8	27,1
Fundamental Completo	7,9	7,2	10,4	8,8	8,2	8,8	8,0	9,6	10,2	12,5
Médio Incompleto	6,3	8,2	9,5	8,4	7,6	7,2	11,6	11,7	11,6	12,8
Médio Completo ou mais	7,1	4,5	7,8	8,1	8,6	10,4	10,9	10,5	12,9	14,6
Ignorado	37,8	37,9	37,7	38,6	42,2	44,5	37,6	36,6	34,4	33,0
Raça / Cor da mãe										
Branca	17,7	16,1	17,3	15,1	17,3	19,2	17,3	16,9	14,8	15,9
Não Branca	59,7	63,2	61,5	68,4	65,8	64,8	70,8	68,3	73,5	70,8
Ignorada	22,6	20,8	21,2	16,5	16,9	16,0	11,9	14,9	11,6	13,4

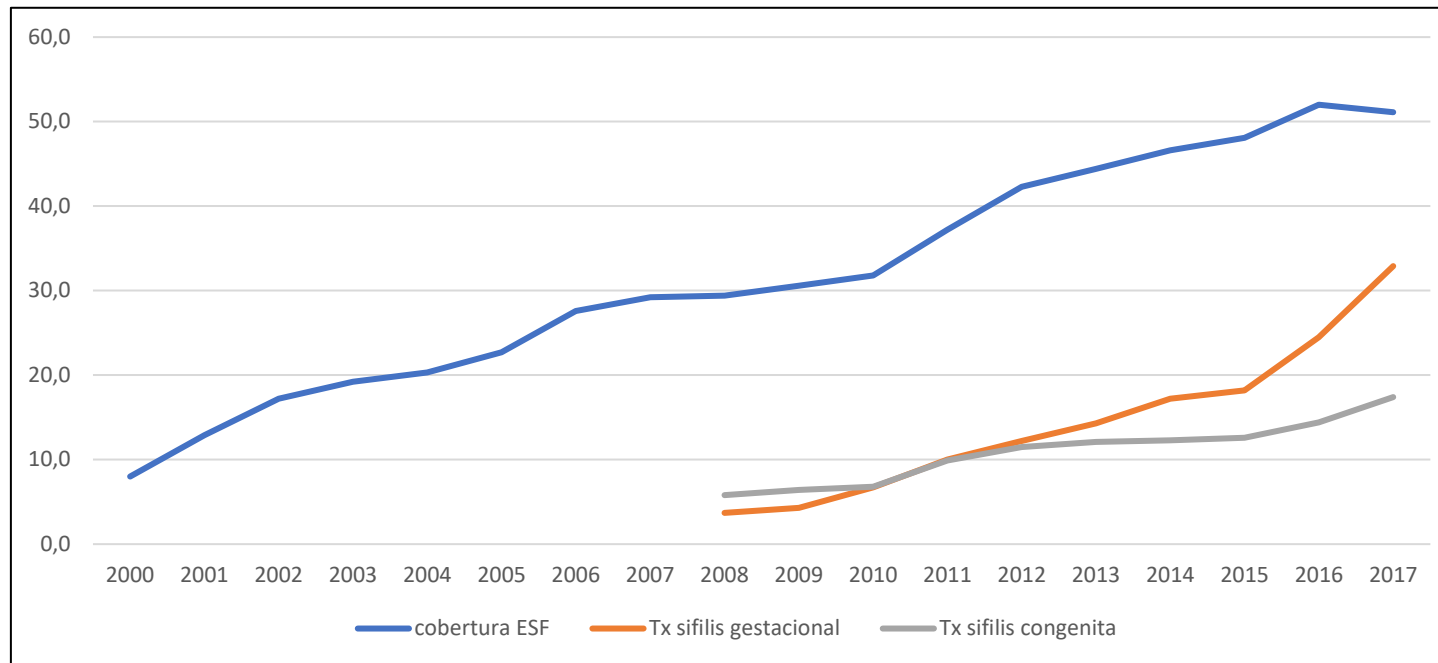
Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 4 - Características clínicas dos casos de sífilis gestacional e congênita. Estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SÍFILIS GESTACIONAL										
Idade gestacional										
1º Trimestre	17,6	16,8	13,4	15,8	17,6	21,8	28,3	35,6	40,8	43,6
2º Trimestre	27,8	25,5	24,3	23,0	25,8	27,7	25,4	25,3	24,5	23,7
3º Trimestre	35,6	43,0	45,3	42,0	38,6	37,5	33,1	32,0	27,1	25,5
Ignorado	18,9	14,7	16,9	19,2	17,9	13,0	13,2	7,1	7,5	7,1
Classificação clínica										
Sífilis Primária	24,8	18,3	20,2	24,1	28,1	23,2	20,7	19,0	21,3	21,1
Sífilis Secundária	5,9	5,6	3,0	2,6	3,7	3,7	2,5	2,4	2,9	2,7
Sífilis Terciária	1,1	1,6	3,3	5,3	8,1	16,8	18,3	15,2	15,0	16,3
Sífilis Latente	9,1	10,5	10,5	7,4	8,0	15,6	17,2	25,6	29,4	29,3
Ignorado	59,1	64,0	63,0	60,6	52,1	40,7	41,4	37,6	31,4	30,6
SÍFILIS CONGÊNITA										
Realização de pré-natal										
Sim	64,1	59,8	66,6	69,0	73,1	74,1	77,9	79,8	82,9	78,9
Não	18,1	21,2	18,7	19,7	18,1	16,9	14,8	13,1	11,9	13,7
Ignorado	17,8	19,0	14,7	11,2	8,8	9,0	7,3	7,1	5,2	7,3
Momento do diagnóstico da sífilis materna										
Durante o pré-natal	33,0	31,3	36,5	37,2	42,7	40,6	44,0	49,7	59,6	55,0
No momento do parto/curetagem	47,3	50,2	50,7	50,3	43,5	42,3	42,4	36,5	31,8	33,8
Após o parto	9,0	7,6	6,9	6,0	6,4	7,9	7,8	6,3	4,3	5,9
Não realizado	0,7	0,1	0,5	0,7	0,4	0,5	0,7	0,8	0,1	0,4
Ignorado	9,9	10,7	5,4	5,8	7,0	8,7	5,1	6,8	4,1	5,0
Esquema de tratamento materno										
Adequado	2,0	0,9	2,0	1,3	1,1	2,0	3,7	3,6	3,7	3,7
Inadequado	51,1	53,4	40,3	41,4	53,6	55,3	59,0	51,2	58,7	51,0
Não realizado	24,0	27,9	47,9	49,0	31,9	24,0	26,1	29,3	27,7	28,7
Ignorado	22,9	17,9	9,7	8,4	13,4	18,7	11,2	15,9	9,9	16,7

Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 3 – Variação entre o percentual da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), taxa de detecção de sífilis gestacional (por 1000 nascidos vivos) e taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (por 1000 nascidos vivos). Estado do Rio de Janeiro, 2000 a 2017.



Fonte: MS (Ministério da Saúde) /SVS (Secretária de Vigilância em Saúde) /DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis e PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde.

Obs.: Não há dados disponíveis antes de 2008 sobre casos de sífilis gestacional e congênita.

7. DISCUSSÃO

A tendência das taxas de sífilis gestacional e congênita no estado do Rio de Janeiro (RJ) estão muito altas e fora do aceitável mundialmente (OMS, 2008). A OMS (2008), considera aceitável uma incidência de até 0,5 casos de SC por 1000 nascidos vivos. O RJ em 2017 teve 17,4% de casos, ou seja, 34 vezes maior que o recomendado.

Os resultados com relação ao perfil sociodemográfico nos mostraram uma baixa escolaridade dessas gestantes e a maioria de raça/cor não branca, resultados encontrados também por Domingues e colaboradores (2014), no trabalho onde os autores destacam que se perde a oportunidade de diagnosticar as mulheres atendidas no serviço público de saúde e que estas são as que correm mais risco de passarem a doença para seus bebês.

A relação entre raça/cor da pele e condições de saúde começou a ser amplamente estudada nos anos de 1940. A partir desses estudos, combater as desigualdades étnicas e raciais passam a ser questões importantes para as políticas pública em saúde (MAIO e MONTEIRO, 2005).

Evidências atuais mostram que um dos responsáveis pela desigualdade racial na saúde seja o tratamento discriminatório dado aos diferentes grupos étnico-raciais na área de assistência à saúde (MAIO e MONTEIRO, 2005).

O trabalho de Theophilo e colaboradores (2018) mostra que as condições socioeconômicas desfavoráveis evidenciam a maior vulnerabilidade de mulheres pretas e pardas. Os autores afirmam que essa vulnerabilidade, provavelmente, se reflete no modo como as mesmas utilizam o sistema de saúde, assim como o sistema as acolhe.

Este mesmo trabalho mostrou que o preenchimento das variáveis escolaridade e raça/cor da gestante tiveram qualidade ruim entre 2008 e 2017, com alta proporção de campos em branco ou ignorado (THEOPHILO et al., 2018). Isto também chamou a atenção de Cardoso e colaboradores (2018) ao analisarem os dados de sífilis notificados em Fortaleza no período de 2008 a 2010, onde os autores perceberam a necessidade dos órgãos responsáveis investirem na

capacitação dos profissionais para uma melhor qualidade dos registros.

Neste presente trabalho, foi possível observar que o diagnóstico da sífilis gestacional passou a ser mais precoce nos últimos anos, quando comparado ao início da série temporal estudada. Soares e colaboradores (2017) atribuem esse aumento do diagnóstico precoce às políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, apesar da subnotificação ainda ser um obstáculo para a vigilância epidemiológica.

Apesar de ter aumentado a quantidade de gestantes com sífilis que realizam o pré-natal, o tratamento ainda tem sido inadequado. Cardoso e colaboradores (2018) avalia que apesar da cobertura pré-natal no Brasil ser superior a 90%, a qualidade da assistência à gestante está longe de atender suas necessidades.

A OPAS estima que em 2015 cerca de 300.000 gestantes com sífilis na América Latina e Caribe não recebem o tratamento adequadamente durante o pré-natal, e que dois terços delas passam a doença para os recém-nascidos (NONATO et al., 2015).

No Brasil, em 2015, houve um desabastecimento nacional de penicilina, por falta de matéria-prima para a produção do medicamento no mercado mundial. O que levou o Ministério da Saúde (MS) a usar outros tipos de antibióticos no tratamento dos parceiros, e a penicilina só nas gestantes infectadas, prejudicando a adesão ao tratamento (que dura de 8 a 15 dias), o que aumenta a possibilidade de desenvolver resistência ao *Treponema pallidum*, causando falhas no tratamento e consequentes reinfecções, pois a gestante foi corretamente tratada, mas o parceiro não (LAZARINI e BARBOSA, 2017).

A ESF é de grande importância no controle e tratamento da sífilis gestacional e congênita visto que o pré-natal é feito na atenção primária. Assim a ESF está em condição favorável em relação a integração da assistência e a vigilância em saúde, já que pode realizar a notificação e o tratamento no momento do diagnóstico da doença. Os agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de vigilância em saúde auxiliam muito nessa integração em seu território (SARACENI e MIRANDA, 2012). Essa integração que ocorre na ESF pode explicar a maior notificação e o aumento das taxas encontradas neste trabalho.

Os resultados encontrados no presente trabalho apontam que o aumento da cobertura da ESF no estado do Rio de Janeiro foi acompanhado da inversão do padrão da sífilis gestacional e congênita. Observou-se que com o aumento da cobertura do ESF a sífilis gestacional passou a ter a taxa e o crescimento maior do que a sífilis congênita, o que indica tanto o diagnóstico precoce quanto o tratamento durante o pré-natal. Em 2017 é possível observar que a taxa de sífilis congênita é 50% menor que a sífilis gestacional, o que nos leva a crer que o tratamento das gestantes evitou cerca de metade dos possíveis casos de sífilis congênita.

Só é possível alcançar o objetivo da redução da sífilis congênita se houver um esforço unificado entre assistência pré-natal adequada, tratamento dos parceiros e conscientização dos envolvidos. Deve-se reconhecer a ESF como uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde, já que tem aproximação com a população de seu território e os ACS como ferramenta de busca ativa das gestantes. Somente quando isso acontecer estaremos cumprindo as resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS, realmente melhorando a saúde das mulheres e crianças. O tratamento correto da sífilis gestacional é o único meio de impedir a sífilis congênita (LAFETÁ et al. 2016).

O aprimoramento do e-SUS ajuda na produção de informações úteis para as equipes e gestores, acelerando a implementação de tecnologias de informação e comunicação facilitando o uso de informações atuais que melhoram o cuidado em saúde, se tornando um elemento crucial para a qualificação da cobertura da ESF (FACCHINI et al., 2018).

A notificação é a comunicação da ocorrência da doença ou agravo feita a autoridade de vigilância sanitária, por profissionais de saúde, para se tomar medidas de intervenção necessárias. O SINAN é um sistema de informação sistematizado essencial para as atividades de vigilância epidemiológica porque é através dele que as informações sobre as doenças de notificação compulsórias e os agravos de interesse chegam ao MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Conforme observado por Waldman (1998) a subnotificação limita o sistema de informação e está relacionada a falta de conhecimento do profissional de saúde da importância e dos procedimentos de notificação; falta de adesão e do tempo exigido para o preenchimento das fichas; falta de retorno da informação analisada;

e falta de percepção dos profissionais sobre a importância pública das doenças submetidas a vigilância. Além disso limitações como estas impedem que esse instrumento tenha a utilidade necessária que justifique sua implementação e continuidade.

O presente trabalho aponta para a necessidade de mais análises para explicar as diferenças nacionais entre as taxas de sífilis e a cobertura da ESF. O mesmo também apresenta limitações, tendo em vista o uso dos dados agregados que estavam disponíveis no Tabnet/Datasus. Não foi possível ter acesso aos micro dados do SINAN uma vez que eles não se encontravam disponíveis. Além disso, no início do período de análise, algumas variáveis apresentaram alta proporção de ignorados.

8. CONCLUSÃO

A expansão da cobertura e qualidade da Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro é uma necessidade, tanto para promover ações de prevenção da sífilis quanto como principal serviço para diagnóstico e tratamento da sífilis. Uma redução da cobertura geraria impacto substancial no agravamento da sífilis gestacional e congênita.

Este estudo mostrou a necessidade de políticas públicas que garantam a disponibilidade de teste para diagnóstico precoce de sífilis e de medicamentos para o tratamento principalmente de gestantes e de seus parceiros, para, conseqüentemente, reduzir a transmissão vertical. Além da necessidade de ações específicas voltadas a mulheres em situação de vulnerabilidade social, especialmente as de menor escolaridade e de raça/cor parda ou preta.

9. REFERÊNCIAS

ARAUJO, Cinthia Lociks de et al. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>.

CARDOSO, A.R.P. et al. **Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.2, pp.563-574. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000200563&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 08 jun. 2019.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de suas premissas**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

DATASUS (Departamento de Informação em Saúde do SUS). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 02 set. 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILELIO, Alitéia Santiago. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, Sept. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

LAFETA, Kátia Regina Gandra et al. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.

LAZARINI, Flaviane Mello; BARBOSA, Dulce Aparecida. **Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeiro Preto, v. 25, e2845, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019. Epub Jan 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. **Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000200010>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/pcdt_tv_20_08_18.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso**. Coleção DST. Aids – Série Manuais 24. Brasília – DF. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume2.pdf>. Acesso em 06 out. 2019.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. **Sífilis na gravidez e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, Brasil, 2010-2013**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 out. 2019.

NUNES, Patrícia Silva et al. **Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico.** *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2018, vol.27, n.4, e2018127. Epub 29-Nov-2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000400313&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.** Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 out. 2019.

PNAB, 2017. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 09 jun. 2019.

PROADESS (Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde). Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 02 set. 2019.

REIS, Gilson Jácome dos et al. **Diferenciais intra-urbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, e00105517, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2019. Epub Sep 06, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105517>.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.

SADECK, Lilian dos Santos Rodrigues. **Sífilis Congênita: prevenção, tratamento e seguimento.** 2016. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/2016/09/22/sifilis-congenita-prevencao-tratamento-e-seguimento/>>. Acesso em: 23 set. 2018.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. **Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-496, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>.

SOARES, Larissa Gramazio et al. **Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v. 17, n. 4, p. 781-789, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>.

TEIXEIRA, Mariana Ataíde. **Ações de controle da sífilis em gestantes na estratégia saúde da família na cidade de nova Iguaçu/RJ**. Rio de Janeiro, 2015. 18f. TCC (Especialização em Saúde da Família). Universidade Aberta do SUS. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7997>>. Acesso em: 28 set. 2019.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, Nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública**. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 7, n. 3, p. 7-26, set. 1998. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000300002>.