



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

GABRIELA ALMEIDA CHAVES DOS SANTOS

COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CASOS DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO
DE 2009-2018

Rio de Janeiro

2021

GABRIELA ALMEIDA CHAVES DOS SANTOS

COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CASOS DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO
DE 2009-2018

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Amanda de Moura Souza

Rio de Janeiro

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

GABRIELA ALMEIDA CHAVES DOS SANTOS

COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CASOS DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO
DE 2009-2018

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Aprovada em: 11 de agosto de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Amanda de Moura Souza (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Antônio José Leal Costa

IESC/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por segurar em minha mão e me guiar pelos seus caminhos, pela força e sabedoria que tem me dado para concluir mais um ciclo em minha vida.

Não posso deixar de agradecer meus pais, meus maiores incentivadores. Mãe, muito obrigada por sempre estar ao meu lado em todos os momentos, por sempre escutar, com paciência, sobre o meu dia na faculdade, sobre os trabalhos, incluindo este, e provas que tinha para fazer. Pai, se não fosse o seu apoio para eu tentar algo novo e que estivesse fora da minha zona de conforto, talvez eu não estivesse concluindo este curso. Obrigada pelo apoio de sempre, amo vocês.

Aos meus familiares e amigas, obrigada por me escutarem e se empolgarem junto comigo com cada conquista. Vocês são especiais.

A minha tutora e orientadora Amanda de Moura, obrigada por me auxiliar desde o início da graduação. Seu apoio, com certeza, fez toda diferença durante minha trajetória. Obrigada por ser uma orientadora presente e sempre disposta a me auxiliar quando necessário.

Além disso, gostaria de agradecer a todos meus professores do IESC, os admiro demais e saibam que hoje carrego um pedacinho de cada um na minha vida profissional. Agradeço também ao bibliotecário Roberto que me auxiliou com as buscas bibliográficas e estrutura do trabalho de conclusão. Aos meus preceptores de estágio, em especial Felipe Fernandes e Cláudia Hora, que me despertaram, através de seus trabalhos exitosos na Clínica da Família, o interesse pela linha materno-infantil e atenção primária, muito obrigada.

Por último, agradeço àqueles que deixaram meus dias mais leves em meio ao estresse acadêmico. Aos meus colegas da faculdade e futuros sanitaristas, vocês foram essenciais para o meu dia a dia durante a graduação. Nunca vou esquecer dos nossos momentos de estudo na hora do almoço, das nossas festas surpresas que eram feitas um mês depois do aniversário e das nossas crises de riso. Estimo sucesso na vida de cada um.

RESUMO

SANTOS, Gabriela Almeida Chaves dos. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família e casos de sífilis gestacional e congênita no município do Rio de Janeiro no período de 2009-2018**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A sífilis gestacional e congênita constituem-se um grande desafio para a saúde pública brasileira. Nos últimos anos o aumento das taxas de detecção de sífilis gestacional (SG) e de incidência de sífilis congênita (SC), indicam problemas de acesso e de qualidade do pré-natal. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das principais portas de entrada da gestante no sistema de saúde, proporcionando um acompanhamento integral e longitudinal, desempenhando um papel importante para a redução dos casos de SG e SC. **Objetivo:** Analisar a associação entre a cobertura da ESF e as taxas de detecção de SG e de incidência SC no município do Rio de Janeiro (MRJ) no período de 2009 a 2018. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal com dados de notificações de sífilis gestacional e congênita ocorridas no município do Rio de Janeiro nos anos de 2009 a 2018, além de dados da cobertura ESF no mesmo município e período. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e da plataforma e-Gestor. As correlações entre a cobertura ESF e as taxas de detecção SG e de incidência de SC foram estimadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson. As análises dos dados foram realizadas no Microsoft Excel e no Software Livre R versão 4.0.2. **Resultados:** A taxa de detecção de SG aumentou ao longo dos períodos estudados, assim como a porcentagem de cobertura ESF, com exceção do ano de 2018. Quanto à taxa de incidência de SC, uma tendência de aumento foi observada entre os anos de 2009 a 2011, já em 2012 em diante, com exceção do ano de 2016, a taxa diminuiu no município. Mulheres jovens, pardas ou pretas e de baixa escolaridade possuem as maiores proporções de casos de SG. O perfil materno dos casos de SC foi semelhante. A maioria das mães dos casos de SC realizaram pré-natal (82,9%) e em 53,5% dos casos a gestante foi diagnosticada durante o pré-natal. Na maioria dos casos o parceiro não foi tratado (82,9%). Houve uma correlação forte entre a taxa de detecção de SG com o percentual da cobertura ESF ($r = 0,96$; p -valor = 0,01). Ao passo que uma correlação moderada, porém não estatisticamente significativa foi encontrada entre a cobertura ESG e a taxa de incidência de SC ($r = 0,53$; p -valor = 0,11). **Conclusão:** A cobertura ESF teve grande impacto ao longo dos anos estudados nas taxas de detecção da SG no MRJ, indicando uma melhora no acesso, diagnóstico e notificação dos casos. No entanto, é necessário avançar na qualidade do pré-natal, pois apesar da taxa de incidência de SC ter diminuído, ainda está aquém da meta da OPAS, de 50 casos a cada 100 mil nascidos vivos.

Palavras-chave: Sífilis gestacional. Sífilis congênita. Atenção primária. Estratégia Saúde da Família.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis gestacional e taxa de incidência de sífilis congênita em relação à cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2009 – 2018	34
Figura 2 - Correlação linear entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a taxa de detecção de sífilis gestacional (a) e a taxa de incidência de sífilis congênita (b). Rio de Janeiro, 2009 – 2018	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de casos de sífilis na gestação (n), frequência relativa (%) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) segundo características sociodemográficas. Rio de Janeiro, 2009 - 2018	32
Tabela 2- Número (n), frequência relativa (%) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de casos de sífilis congênita segundo características sociodemográficas maternas e assistência pré-natal. Rio de Janeiro, 2009 - 2018.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios da Atenção Primária à Saúde, Brasil.....	17
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
MRJ	Município do Rio de Janeiro
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Política de Humanização do Pré-Natal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SC	Sífilis congênita
SG	Sífilis gestacional
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 SÍFILIS GESTACIONAL	11
1.2 SÍFILIS CONGÊNITA.....	13
1.3 HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
1.4 SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL	19
1.5 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	21
1.6 FATORES QUE INTERFEREM NA INCIDÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA.....	23
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4 MÉTODOS	28
4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	28
4.2 VARIÁVEIS ANALISADAS	28
4.2.1 Taxa de detecção de Sífilis Gestacional	28
4.2.2 Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	29
4.2.3 Cobertura da Estratégia Saúde da Família	29
4.2.4 Variáveis sociodemográficas	29
4.2.4.1 <i>Idade materna</i>	29
4.2.4.2 <i>Cor da pele materna</i>	29
4.2.4.3 <i>Escolaridade materna</i>	29
4.2.5 Variáveis relacionadas à assistência pré-natal	30
4.2.5.1 <i>Realização do pré-natal</i>	30
4.2.5.2 <i>Tratamento do Parceiro</i>	30
4.2.5.3 <i>Momento do Diagnóstico</i>	30
4.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	30
5 RESULTADOS	31
6 DISCUSSÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema Pallidum* transmitida por via sexual, vertical ou sanguínea. Quando a infecção ocorre no período de gestação, faz-se necessária maior atenção, pois além do risco para a saúde da gestante, há risco para a saúde do bebê, podendo haver contaminação intrauterina (transmissão transplacentária) ou na hora do parto, caso a gestante não receba o tratamento adequado durante o pré-natal (BRASIL, 2020b). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns globalmente, chegando a aproximadamente seis milhões de casos a cada ano. Além disso, estima-se que em todo mundo cerca de 1,5 a 1,85 milhão de mulheres grávidas são infectadas com sífilis anualmente e 50% dessas gestações resultam em filhos com resultados adversos (GOMEZ *et al.*, 2013). Mediante o aumento da transmissão vertical de sífilis e HIV, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabeleceram uma meta de eliminar a sífilis congênita nas Américas, definindo 50 casos para 100 mil nascidos vivos até o ano 2020 (PAHO, 2016).

No Brasil, no ano de 2018 foram notificados 246.869 casos de sífilis em todo território nacional. Dentre esses casos, 158.051 são de sífilis adquirida, 62.599 de sífilis em gestantes e 26.129 de sífilis congênita. No mesmo ano, a taxa de detecção de sífilis gestacional foi 6,1 vezes maior se comparada ao ano de 2010, quanto que a taxa de incidência de sífilis congênita foi 3,8 vezes maior, comparando os mesmos anos. Esse aumento das taxas pode estar relacionado com mudança no critério de definição de caso em outubro de 2017, possibilitando maior número de notificações (BRASIL, 2019a). No ano de 2019, dado mais recente disponibilizado, o Brasil registrou uma queda de 2,3% na notificação de casos de sífilis em gestantes e 7,6% de sífilis congênita em relação ao ano anterior. Segundo o Ministério da Saúde, essa diminuição na notificação em todo território brasileiro, pode ter ocorrido devido à demora na notificação e alimentação da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em função da mobilização de profissionais da saúde para atuação no combate à pandemia de COVID-19 em 2020 (BRASIL, 2020a).

No território brasileiro as regiões com maiores taxas de detecção de sífilis gestacional são as regiões Sudeste (24,0 casos para cada 1.000 nascidos vivos) e Sul (23,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos), superando a taxa do Brasil (20,8 casos para cada 1.000 nascidos vivos) em 2019. Já em relação às taxas de incidência de sífilis congênita, no mesmo ano, as regiões Sudeste (9,4 casos para cada 1.000 nascidos vivos) e Sul (8,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos), novamente, são aquelas com maiores taxas, superando, também, as taxas do Brasil (8,2

casos para cada 1.000 nascidos vivos). Quando se observa as taxas nos estados, o estado do Rio de Janeiro possui as maiores taxas ao longo do tempo (tanto para SG quanto para SC), superando, em 2019, as taxas do Brasil (BRASIL, 2020a).

O estado do Rio de Janeiro é dividido em nove regiões: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. Dentre estas regiões, a região Metropolitana I é a responsável pelo maior número de casos notificados de sífilis em gestantes e maior taxa de detecção do estado, superando a taxa do mesmo nos anos de 2013 a 2017. Em relação às taxas de incidência de SC, a região Metropolitana I foi responsável pelo maior número de casos e maior taxa de incidência em 2013 e 2014, porém maior que a taxa do estado do Rio de Janeiro desde 2013 até 2017. Nos anos de 2015 a 2017 a região Metropolitana II foi a responsável pela maior taxa de incidência de SC, superando, de 2014 a 2017, as taxas de incidência do estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2018).

1.1 SÍFILIS GESTACIONAL

A sífilis gestacional é a sífilis adquirida na gestação. Sendo assim, seu modo de transmissão é o mesmo da sífilis adquirida, isto é, por via sanguínea e principalmente pela via sexual. Quando a infecção ocorre no período gestacional, é necessária maior atenção pois há possibilidade de ocorrer transmissão vertical, podendo implicar em aborto, natimorto, parto pré-termo, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias (BRASIL, 2019b). É importante enfatizar que a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional. Esta se dá a partir do estágio de infecção na gestante e do tempo em que o feto foi exposto (BRASIL, 2020b).

A sífilis possui quatro estágios de infecção: primária, secundária, latente e terciária. A sífilis primária ocorre em média três semanas após a infecção, ocasionando uma úlcera rica em treponemas, na maioria única e indolor, que ocorre no local da inoculação da bactéria. Esta manifestação clínica é denominada “cancro duro”, que pode durar de três a oito semanas, regredindo independentemente de tratamento, fazendo com que, em muitas das vezes, a manifestação passe despercebida. Já a sífilis secundária, ocorre entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ocasionando pápulas palmoplantares, placas e condilomas planos, que podem durar até 12 semanas. Assim como na sífilis primária, estas manifestações podem desaparecer independente de tratamento. A sífilis latente é o período em que não há manifestação de sinais ou sintomas, sendo possível o diagnóstico somente através dos testes

treponêmico e não treponêmico. É classificada em recente (infecção em menos de dois anos) e tardia (mais de dois anos de infecção). Em relação à sífilis terciária, pode-se dizer que é o estágio mais grave da doença, uma vez que corresponde à ausência de tratamento da sífilis anteriormente, podendo aparecer até quarenta anos após a infecção. Neste estágio ocorre destruição tecidual e é comum que haja acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Ademais, observa-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. Tais lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte (BRASIL, 2019b).

Para o diagnóstico laboratorial da sífilis são realizados o exame direto e os testes imunológicos. O exame direto é realizado através da microscopia de campo escuro (análise das lesões primárias ou secundárias) e da pesquisa direta com material corado. Os testes imunológicos são os mais utilizados, havendo dois tipos: não treponêmico e treponêmico. O teste não treponêmico indica sífilis ativa. São exemplos de testes não treponêmico: *Veneral Disease Research Laboratory – VDRL*; *Rapid Plasma Reagin – RPR*; *Unheated Serum Reagin – USR*; e *Toluidine Red Unheated Serum Test – TRUST*. Já o teste treponêmico detecta anticorpos específicos da infecção. Na maioria dos casos o teste treponêmico permanece positivo durante toda a vida, devido à cicatriz sorológica, mesmo que a pessoa tenha realizado tratamento. Sendo assim, esse tipo de teste não é próprio para o monitoramento da infecção. *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption – FTA-abs*; *Treponema pallidum Hemagglutination – T PHA*; *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA* e suas variações; Micro-hemoaglutinação indireta – MHTP; Eletroquimioluminescente – EQL; e teste rápido são exemplos de testes treponêmico (BRASIL, 2020b).

É importante ressaltar que os anticorpos produzidos não são protetores a uma nova infecção, estabelecendo um grande risco de reinfeção. Desta maneira, é notória a importância de testar e tratar os parceiros, assim como realizar exames ao longo do pré-natal (BRASIL, 2006a). Os testes devem ser realizados em diferentes momentos durante a gravidez: na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre), no terceiro trimestre e no momento do parto ou curetagem. Devem ser realizados os testes não treponêmico (VDRL) e treponêmico (teste rápido). Como dito no parágrafo acima, o teste rápido não é indicado para a gestante com histórico de sífilis e é importante enfatizar que o VDRL é essencial para o controle da cura e seguimento da gestante tratada.

Em relação ao tratamento da sífilis durante a gravidez, o único seguro e eficaz para gestantes é o uso do medicamento Benzilpenicilina benzatina, variando a dosagem conforme o estágio da infecção (BRASIL, 2019b).

A SG é uma doença de notificação compulsória regular, isto é, deve ser notificada até sete dias após o diagnóstico. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados (BRASIL, 2019b). A notificação tem um papel essencial para o sistema de saúde, pois através dela é possível o monitoramento da doença e da eliminação da transmissão vertical.

1.2 SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é decorrente de uma sífilis gestacional não tratada ou tratada inadequadamente, possibilitando a transmissão vertical para o feto. A transmissão vertical ocorre por via transplacentária (corrente sanguínea da gestante) ou pelo contato direto na hora do parto (BRASIL, 2006a).

A SC é uma doença completamente evitável, pois está relacionada à não realização do pré-natal, a um pré-natal sem qualidade ou a um tratamento inadequado, isto é, um tratamento incompleto ou iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2019b). Dessa forma, é considerada um evento-sentinela para o monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS) (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Há duas formas de classificação da manifestação clínica da SC: precoce e tardia. A SC precoce é caracterizada pelo surgimento dos sinais e sintomas logo após o nascimento ou até os dois anos de idade. Já a tardia, pelo surgimento de sinais e sintomas após os dois anos de idade, na maioria das vezes devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração (BRASIL, 2006a). Em geral, os bebês portadores de SC são assintomáticos, porém sinais e sintomas podem surgir conforme a classificação da manifestação clínica. Os principais sinais da SC precoce são lesões cutaneomucosas, lesões palmoplantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas planos ano-genitais e hepatoesplenomegalia. Além disso, a prematuridade e o baixo peso ao nascer podem se manifestar na sífilis congênita, estando relacionados aos óbitos fetais. Em relação à SC tardia, as principais características são fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, lesão do VIII par craniano), nariz em sela, tibia em lâmina de sabre, surdez, retardo mental e hidrocefalia (SONDA *et al.*, 2013).

Diferentes critérios são utilizados para o diagnóstico: epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Sendo assim, é necessária a análise do histórico clínico-epidemiológico da mãe, a realização de exames físicos na criança e a análise dos resultados dos exames laboratoriais. Os exames laboratoriais são os mesmos utilizados para diagnosticar a sífilis adquirida. No entanto,

os testes treponêmicos só podem ser utilizados para diagnóstico após 18 meses de vida (BRASIL, 2019b).

A SC, assim como a SG, é uma doença de notificação compulsória regular, devendo-se notificar até sete dias após o diagnóstico. A partir de 2017, o Ministério da Saúde alterou os critérios de definição de casos para notificação, não considerando mais o tratamento do parceiro da gestante como fator determinante de notificação do recém-nascido (BRASIL, 2017a).

Para tratamento da SC é utilizado o medicamento Benzilpenicilina cristalina, procaína ou benzatina. A escolha do tipo de medicamento depende do tratamento da mãe durante a gestação e/ou da titulação do teste da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos ou laboratoriais da criança (BRASIL, 2019b). Além disso, é essencial que haja o acompanhamento nas consultas de puericultura na atenção primária e especializada, caso necessário.

1.3 HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a atenção primária consiste no conjunto de práticas integrais em saúde que são direcionadas a responder às necessidades individuais e coletivas. A atenção primária é considerada porta de entrada e ordenadora de toda a rede, que é hierarquizada e organizada segundo o nível de complexidade dos serviços de saúde (AQUINO *et al.*, 2014). Desse modo, pode-se dizer que é o nível de atenção à saúde que está mais próximo da população, sendo capaz de atender e resolver a maioria dos problemas de saúde (AQUINO *et al.*, 2014). É importante ressaltar que as demandas de saúde que não são atendidas na atenção primária, são referenciadas a níveis de atenção em saúde de maior complexidade: atenção secundária e terciária, que correspondem a serviços especializados ambulatoriais e hospitalares (SOLLA; CHIORO, 2012).

Em 1920 foi publicado na Inglaterra o Relatório Dawson, que visava analisar os problemas de saúde dos ingleses. O documento propôs a reorganização dos serviços de saúde, ressaltando a importância dos centros de saúde primários nesse processo, que serviria de porta de entrada para os demais serviços de saúde. Junto a esse serviço, estariam integrados, também, centros de saúde secundários, hospitais-escola e serviços domiciliares. Pela primeira vez um documento destacou a importância dos centros de saúde primários para atender a população de acordo com suas necessidades (DAWSON, 1920). Esse relatório serviu como

base no processo de reforma do sistema de saúde inglês e desencadeou diversas discussões acerca da ênfase na APS ao redor do mundo, incluindo o Brasil (PORTELA, 2017).

Na década de 1970, destacam-se duas importantes ocasiões para a APS que culminaram em pactos internacionais para a melhoria da saúde: A Assembleia Mundial da Saúde em 1977 e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. Durante a Assembleia Mundial de Saúde (1977) foi reafirmada a saúde como um direito humano fundamental e definida a meta “Saúde para todos no ano 2000” (AQUINO *et al.*, 2014). Já durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), realizada em Alma-Ata – Cazaquistão, foi produzida a Declaração de Alma-Ata, um documento de grande impacto para a saúde e principalmente para APS. Tal documento reafirmou a meta “Saúde para todos no ano 2000”, enfatizando que a APS é a chave para esse alcance. Além disso, indicou a necessidade de ações para além do setor saúde, envolvendo, também, setores econômicos e sociais para a garantia da saúde como direito humano fundamental (BRASIL, 2002). Embora o Brasil não tenha participado da Conferência, posteriormente acatou as recomendações presentes na Declaração (AQUINO *et al.*, 2014).

No final da década de 1970, o Brasil estava sob regime militar e movimentos sociais para a redemocratização já eram realidade. Os segmentos sociais, além de se mobilizarem contra a ditadura militar, se mobilizavam contra a crise mundial da saúde e contra as características do sistema de saúde vigente na época, visto como insuficiente, injusto, centralizado, entre outras (PAIM, 2008). Toda essa mobilização culminou no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que gerou um grande impacto para o sistema de saúde brasileiro. Em 1986, com influência do movimento da RSB, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, reunindo, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, sendo 50% usuários dos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2021). A Conferência reafirmou a saúde como direito e dever do Estado e definiu princípios e diretrizes para um futuro Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, a Constituição Federal de 1988 afirmou a saúde como direito social fundamental e dever do Estado e o Congresso Nacional aprovou as bases legais da Reforma de Saúde Brasileira, centrada nos princípios de descentralização, integralidade, participação popular e equidade (AQUINO *et al.*, 2014), resultando, em 1990, na Lei Orgânica 8.080 que determinou a criação do Sistema Único de Saúde: o SUS.

Em 1994, quatro anos após a criação do SUS, foi implementada a Estratégia Saúde da Família (ESF), a princípio denominada Programa de Saúde da Família (PSF)¹, considerada a maior reforma de reorganização da atenção primária no Brasil. Segundo a Portaria n. 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, as diretrizes do Programa de Saúde da Família são:

1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização;
 2. Adscrição de população/territorialização;
 3. Programação e planejamento descentralizados;
 4. Integralidade da assistência;
 5. Abordagem multiprofissional;
 6. Estímulo à ação intersetorial;
 7. Estímulo à participação e controle social;
 8. Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família;
 9. Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.
- (BRASIL, 1997, p. 14).

Além disso, o documento determina diretrizes sobre as características das unidades de saúde da família, sendo elas:

1. Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente;
2. Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contrarreferência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados;
3. Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade;
4. Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade;
5. As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visitas aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecido. (BRASIL, 1997, p. 15).

Ademais, o documento relata a respeito das características da equipe da saúde da família, indicando que deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997). Nos anos posteriores, houve a incorporação de mais profissionais às equipes de saúde da família. Em 2001, por exemplo, profissionais de saúde bucal começaram a ser inseridos nas equipes. Já em 2008, com a criação

¹ Em 2006 o Programa Saúde da Família (PSF) foi denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois entende-se que “programa” possui tempo determinado, quanto “estratégia” indica ação permanente e contínua na atenção primária (DELPIAZ; STEDILE, 2011).

do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no intuito de “apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a resolubilidade da APS”, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e educadores físicos começaram a atuar em parceria com as equipes. Vale ressaltar, que a implantação do NASF foi um marco na história da ESF, pois possibilitou a ampliação de ações da APS, estabelecendo uma rede de cuidado em diferentes áreas estratégicas, como, por exemplo, na saúde da mulher e da criança (AQUINO *et al.*, 2014).

Em 2006 foi publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e desde então foi afirmado o papel da ESF como prioridade para a expansão e consolidação da atenção básica no país, tendo apoio da esfera federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006b). Até o ano de 2020, foram publicadas três edições da PNAB, a primeira no ano de 2006, a segunda no ano de 2011 e a última no ano de 2017. A PNAB traz em suas edições os princípios e diretrizes da APS que devem ser seguidos pela ESF. Segundo sua edição mais recente, os princípios da APS seguem os mesmos do SUS:

Quadro 1 - Princípios da Atenção Primária à Saúde, Brasil

Princípios	Definição
Universalidade	Consiste no acesso universal e continuado aos serviços de saúde, caracterizados como porta de entrada da rede. Espera-se que todas as pessoas que procurem os serviços sejam recebidas e ouvidas, sem diferenciações excludentes.
Integralidade	Consiste no conjunto de serviços executados pelas equipes de saúde que atendam às necessidades da população. Tais necessidades não envolvem somente áreas biológicas, mas também psicológicas, ambientais e sociais.
Equidade	Consiste na oferta de cuidados reconhecendo as diferenças e as necessidades de saúde de cada pessoa, não havendo exclusão. Deve-se criar estratégias que visem diminuir a desigualdade na sociedade.

Fonte: BRASIL (2017c).

Em relação às diretrizes, a PNAB de 2017 lista nove, número superior às edições anteriores. No entanto, não trazem mudanças significativas se comparada com as outras edições, nota-se, apenas, que as noções de redes e regiões de saúde se apresentam com maior detalhamento (MELO *et al.*, 2018). Dentre as diretrizes, estão a “territorialização e adstrição”, que permite o planejamento, a programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, atendendo às necessidades da

população adscrita; a “longitudinalidade do cuidado”, que prevê a continuidade do cuidado ao longo do tempo, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários; e a “coordenação do cuidado” que objetiva elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede (BRASIL, 2017c).

Desse modo, a partir da última publicação da PNAB (2017), é possível afirmar que ocorreram mudanças consideráveis em relação à publicação anterior, tanto positivas quanto negativas. Para o CONASS (2017), a última publicação reforça o papel da Atenção Primária como a ordenadora de todo cuidado na rede e possibilita que os municípios recebam recursos financeiros federais pela atuação na atenção primária. No entanto, aconteceram importantes discontinuidades em relação às equipes de saúde em relação à PNAB 2011, como o número mínimo de ACS por equipe, passando de quatro, em 2011, para um, em 2017 e a retirada da possibilidade de haver médicos com carga horária de 20 ou 30 horas, permanecendo, apenas, 40 horas para todos os profissionais (MELO *et al.*, 2018).

É fato que a ESF teve, e continua tendo, grande impacto na saúde da população. Segundo Pinto e Giovanella (2018), um dos indicadores para avaliar a efetividade e a implementação de políticas de APS em um país é o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), como, por exemplo, internações por sarampo, sífilis, tuberculose, desidratação, gastroenterite e etc. Entre os anos de 2001 a 2016 houve uma queda de 45% na taxa de internação por ICSAB em território nacional, o que pode estar associado ao avanço da cobertura da ESF no país (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Entretanto, é importante enfatizar que a implementação da ESF depende do contexto local, podendo impactar de maneiras diferentes em cada município do Brasil (AQUINO *et al.*, 2014).

No ano de 1997, apenas 567 municípios do Brasil eram cobertos pelo PSF, tendo aproximadamente 3,5% de cobertura. Já no ano seguinte, mais de 1000 municípios estavam cobertos pelo programa, notando-se uma rápida expansão da cobertura no país. Até o ano de 2012, aproximadamente metade da população brasileira estava coberta por equipes da ESF. Ressalta-se que o processo de implementação da ESF é heterogêneo, tendo o início e velocidade diferenciados dependendo de cada município, já que a APS é de responsabilidade da gestão municipal. Sendo um desafio para o cumprimento de seus princípios de universalidade e equidade (AQUINO *et al.*, 2014).

1.4 SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

Com o objetivo de diminuir a taxa de morbimortalidade materna e neonatal no Brasil, foram desenvolvidos ao longo dos anos diferentes programas e políticas em relação à saúde materno infantil. Até o ano de 1983, a atenção a saúde da mulher era voltada apenas para o ciclo gravídico, de maneira bastante individual, característica que se acentuou no período de regime militar com ações voltadas exclusivamente para cura, importando, apenas, se a criança nascia com vida ou não e, a partir disso, receberia um atendimento curativo. Desse modo, começaram a surgir críticas ao programa com características reducionistas pelo movimento feminista brasileiro (CASSIANO *et al.*, 2014).

A partir desse contexto, em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma das maiores conquistas do movimento feminista, assim como do movimento sanitário, pois representa as bases do SUS. Esse foi o primeiro programa do Governo Federal com o propósito de planejamento familiar, objetivando um atendimento integral à saúde da mulher, compreendendo não somente o período gestacional, mas todo o ciclo de vida (BRASIL, 1984; OSIS, 1998). Seus princípios e diretrizes incluíam atividades educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, atendendo às necessidades clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 1984). Embora o programa tenha impactado positivamente nas taxas de morbimortalidade materna e infantil, os índices ainda permaneciam altos. Além disso, ainda existiam problemas de acesso ao pré-natal e sua qualidade, vínculo entre pré-natal e parto e humanização (COSTA, 1999; CASSIANO *et al.*, 2014).

Desse modo, através da Portaria/GM nº 569 de junho de 2000, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. Os principais objetivos do programa eram a redução da morbimortalidade materna e neonatal, atendimento humanizado, melhoria do acesso, cobertura e qualidade do pré-natal e assistência ao parto e puerpério das gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2000). Tendo a humanização como um dos princípios norteadores da assistência, nesse período houve importantes conquistas para a saúde materno-infantil, como: o direito a um acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005); direito de saber a maternidade de referência; e o alojamento conjunto, permitindo que a mãe permaneça em contato com o recém-nascido durante todo o tempo (CASSIANO *et al.*, 2014).

A implementação do PHPN junto com a expansão da ESF foi uma das estratégias estabelecidas para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio (ANVERSA *et al.*, 2012). O programa, porém, não atingiu a abrangência esperada, não alcançando as metas e mantendo um atendimento centrado no modelo biomédico. De fato, o programa contribuiu para o aumento do número de consultas de pré-natal, o que é um bom indicador, mas a qualidade destes atendimentos era ruim (CASSIANO *et al.*, 2014).

Em 2010, foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de “garantir a integralidade da atenção à saúde a partir do gerenciamento de pontos de atenção e diagnóstico, com diferentes níveis de complexidade distribuídos em um território” (BRASIL, 2010). Dessa forma, foi lançado em 2011 a Rede Cegonha (RC), um novo modelo de atenção materno infantil com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento, resolutividade e redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011). Esse modelo de atenção é organizado a partir de quatro componentes: I) Pré-Natal; II) Parto e Nascimento; III) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Desse modo,

prevê ações para ampliação e melhoria de acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança através do vínculo da gestante com a unidade de referência para assistência ao parto e transporte, da realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade. (CASSIANO *et al.*, 2014, p. 238).

Segundo Santos Filho e Souza (2020), a RC contribuiu com a ampliação dos investimentos já realizados pelo Ministério da Saúde para a melhoria da atenção ao parto e ao nascimento no Brasil. No início do programa, em 2011, o Governo Federal disponibilizou cerca de 9 bilhões de reais para a construção de uma rede de cuidados primários para a saúde da mulher e da criança. É importante ressaltar que, embora seja uma iniciativa do Governo Federal, são os estados e municípios que optam por aderir ao programa. Até março de 2012, um ano após a implementação do programa, 24 estados já haviam aderido (CASSIANO *et al.*, 2014).

Para Nascimento *et al.*, (2018) a RC foi um dos programas elaborados mais completos do Governo Federal. No entanto, na época de seu lançamento o programa foi alvo de muitas críticas pelas mulheres da Rede Feminista de Saúde, que o considerou um retrocesso, a partir do momento em que foi voltado para a imagem da mulher entrelaçada à maternidade, reivindicando a retomada da proposta do PAISM (CARNEIRO, 2013).

De fato, a RC impactou na saúde materno-infantil do Brasil. O estudo de Leal *et al.*, (2021), que compara os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” de 2011 e da “Avaliação da Rede Cegonha” de 2017, aponta para o aumento de 150% da prevalência das boas práticas no parto, sobretudo nas gestantes que residem em regiões menos desenvolvidas, mais velhas, da cor parda e preta e de menor escolaridade. Além disso, ressaltou a queda de 30% das intervenções no manejo do trabalho de parto, sugerindo a efetividade da RC. Para Nascimento *et al.*, (2018), em uma revisão da literatura, alguns estudos apontaram alguns entraves, como a captação tardia de gestantes no pré-natal, acesso limitado aos exames laboratoriais, baixa cobertura vacinal de gestantes, poucas ações educacionais sobre aleitamento materno e insuficiência de leitos obstétricos. Contudo, ressaltam a importância do enfermeiro obstétrico no momento do parto, proporcionando maior humanização.

1.5 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No âmbito da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde do Brasil, em seu “Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco” (2013), faz recomendações em relação à assistência ao pré-natal de qualidade às gestantes e, posteriormente, ao parto e ao puerpério na rede pública, no SUS. Realizar o pré-natal, principalmente de forma adequada, é essencial para que o bebê nasça saudável e não afete a saúde da mãe. Para que isso ocorra, o Ministério da Saúde entende que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, proporcionando um acompanhamento integral e longitudinal (BRASIL, 2013).

Dessa forma, é preconizado que a mulher com a suspeita de gravidez, isto é, com menstruação atrasada e presença de alguns sinais clínicos, se não chegar até a unidade de saúde com essa demanda, deve ser captada pela unidade através do contato com os ACS. Aliás, a unidade de saúde deve ter conhecimento das mulheres em idade fértil do seu território e principalmente estarem cientes daquelas que possuem o desejo de engravidar. Assim que essas mulheres chegarem à unidade, devem realizar a consulta de acolhimento, em que será avaliado o ciclo menstrual, a data da última menstruação (DUM), a atividade sexual e o uso de métodos contraceptivos, seguido da realização do Teste Rápido de Gravidez e dosagem de BHCG urinário. Caso esses exames confirmem a suspeita de gravidez, a gestante é captada para realizar o pré-natal e já iniciar a primeira consulta. Na primeira consulta de pré-natal, deve-se solicitar exames, realizar testes rápidos de sífilis e HIV, preenchimento do cartão da gestante e prontuário no E-SUS (BRASIL, 2013, 2017b).

Durante o pré-natal é realizada a avaliação de risco, podendo ser uma gestação de alto ou baixo risco. Mesmo quando a gestação for de alto risco, a gestante deve manter o acompanhamento com a UBS além do hospital de referência (MEDEIROS *et al.*, 2019). Sendo de baixo risco, a gestante será acompanhada pela sua equipe na unidade básica de referência. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda que, durante o acompanhamento, haja consultas alternadas entre médicos e enfermeiros, visitas domiciliares mensais, realização de exames, aplicação de vacinas, pelo menos uma consulta odontológica, identificação do hospital de referência para o parto e agendamento da consulta de puerpério para a mãe e o recém-nascido na primeira semana pós-parto.

Um dos indicadores de qualidade do pré-natal é o início precoce deste, ainda no primeiro trimestre da gestação. A OMS recomenda que a gestante tenha, para um pré-natal adequado, pelo menos seis consultas. No entanto, o Ministério da Saúde ressalta que o número de consultas pode não ter relação com o número de resultados perinatais adversos, caso as consultas tenham maior qualidade (BRASIL, 2013). Além disso, é recomendado que as consultas sejam mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais entre a 36ª e 41ª semana. Caso o parto não seja realizado até a 41ª semana, a gestante é encaminhada para realizar a avaliação do bem-estar fetal (RIO DE JANEIRO, 2016).

Toda gestante deve realizar o teste rápido para diagnóstico da sífilis. Este deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre, isto é, na 28ª semana, e no momento do parto (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). Caso o teste seja reagente, a gestante deve realizar o teste VDRL, ou outro teste não treponêmico. Sendo este teste também reagente, a gestante deve iniciar imediatamente o tratamento para sífilis com Penicilina Benzatina, assim como sua parceria sexual. É importante dizer que deve ser levado em consideração o histórico de tratamento para sífilis, pois os testes podem ter dado reagente devido a uma cicatriz sorológica. O monitoramento das gestantes infectadas pela sífilis deve ser realizado mesmo após o tratamento completo, devendo ser realizado o teste VDRL mensalmente até o momento do parto, comparando as titulações (a diluição deve ser menor a cada mês) (UNICEF BRASIL, 2019). Após o parto a gestante deve ser monitorada trimestralmente até completar um ano de tratamento (UFRGS, 2018).

Independentemente da gestante ter realizado o tratamento adequado contra sífilis, isto é, tratamento completo com Penicilina Benzatina iniciado até 30 dias antes do parto, o recém-nascido deve realizar exames, para saber se o mesmo contraiu a bactéria. Quando a mãe não realiza o tratamento, o bebê deve realizar, além do teste VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar e outros exames, conforme indicação clínica (BRASIL, 2006a).

Sendo reagente ou não, nesse caso é recomendado o início do tratamento. Já quando a mãe realiza o tratamento adequado, o bebê deve realizar o VDRL e caso seja reagente, com titulação maior do que a materna e/ou na presença de sinais clínicos, deve realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR e iniciar o tratamento. Para aqueles casos que apresentarem o VDRL não reagente, é recomendado seguir apenas com o procedimento clínico-laboratorial. Até completar um ano, a criança deve ter consultas mensalmente até o 6º mês e bimensalmente do 6º ao 12º mês. Além disso, deve ser realizado o VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, podendo ser suspenso após dois resultados negativos consecutivos (BRASIL, 2006a).

É possível afirmar, ainda, que a ESF contribui para um pré-natal de qualidade. Nos últimos anos, com a expansão de sua cobertura, proporcionou o aumento da oferta de serviços de saúde para a população, incluindo o pré-natal (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Para Anversa *et al.*, (2012), quando comparada uma unidade de saúde com ESF em relação a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, a qualidade do pré-natal é superior, levando-se em consideração o número de consultas, idade gestacional do início do pré-natal e orientações adquiridas. Seguindo este indicador de qualidade, Tomasi *et al.*, (2017) relatam que quase 100% das gestantes entrevistadas na pesquisa recebeu a vacina antitetânica e prescrição de sulfato ferroso e 89% tiveram seis ou mais consultas. No entanto, questões importantes devem ser levadas em consideração quanto ao acesso das gestantes ao pré-natal. Além de apenas aproximadamente 24% das gestantes entrevistadas terem obtido acesso a exames físicos em todo pré-natal, o perfil das gestantes no Brasil que tiveram maior qualidade em seu pré-natal era: mulheres brancas, com mais idade, maior renda e da região Sul do país (TOMASI *et al.*, 2017), ressaltando a desigualdade social e, conseqüentemente, de acesso aos serviços de saúde.

Desse modo, é notório que a ESF é um modelo de atenção a saúde que tem colaborado para o aumento da qualidade do pré-natal nos últimos anos. No entanto, ainda há pontos que devem ser ajustados para a melhoria da oferta de serviços de saúde de forma integral e equitativa à população.

1.6 FATORES QUE INTERFEREM NA INCIDÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA

Existem diferentes fatores que influenciam a incidência de casos de sífilis durante a gestação e a sífilis congênita. Nogueira (2009) ressaltava que a saúde é compreendida a partir de

múltiplos fatores, incluindo questões biológicas e sociais. Segundo Barata (2009), toda doença ou agravo é um produto da organização social em que o indivíduo está inserido, sendo impossível distinguir “doenças sociais” e “doenças não sociais”.

Segundo estudos realizados, é possível afirmar que a sífilis congênita é uma infecção associada à maior vulnerabilidade social e à falha na assistência ao pré-natal, a partir do momento em que, se realizada a detecção da sífilis durante a gestação e realizado o tratamento adequado em momento oportuno, a chance de haver transmissão vertical é quase reduzida em 100% (DOMINGUES; LEAL, 2016). Questões sociodemográficas como cor da pele, idade e escolaridade materna são essenciais para a análise da incidência da sífilis gestacional e congênita. Para Nonato *et al.* (2015), Domingues e Leal (2016) e Heringer *et al.*, (2020), gestantes pardas e pretas possuem maior risco, em relação às gestantes brancas, de serem infectadas e não receberem o tratamento adequado, possibilitando a transmissão para o feto. Além disso, aquelas gestantes que possuem baixa escolaridade, isto é, igual ou abaixo de oito anos de estudo, possuem risco elevado ao se comparar com aquelas que possuem mais de oito anos de estudo. Isto pode estar relacionado com o menor acesso à informação, limitando o entendimento sobre a saúde e sobre meios de prevenção da infecção (NONATO *et al.*, 2016). Segundo Heringer *et al.*, (2020) gestantes adolescentes e adultas jovens possuem maior risco de infecção e transmissão vertical. No mesmo estudo, é ressaltado, ainda, que esta população possui menor cobertura de pré-natal e menor acesso aos exames. Dessa maneira, fica clara a importância de investir em educação em saúde para prevenir a infecção, tornando as informações mais acessíveis para todos.

Portanto, é perceptível que o acesso da gestante ao serviço de saúde pode ser diferenciado, a partir do momento em que esse acesso está diretamente relacionado com as desigualdades sociais existentes na sociedade (BARATA, 2009). É válido dizer, ainda, que há sistemas de saúde que potencializam e que compensam essa desigualdade. O SUS, sendo um sistema de saúde público e universal tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, possui um grande potencial para compensar as desigualdades existentes, aliás

todos devem ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver as suas demandas de saúde, independentemente do grupo social ao qual pertençam, e aqueles que apresentam maior vulnerabilidade em decorrência da sua posição social devem ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada. (BARATA, 2009, p. 20).

É essencial dizer, ainda, que a relação da cobertura da ESF com os casos de sífilis gestacional e congênita deve ser analisada. Nunes *et al.*, (2018), em seu estudo no estado de

Goiás, apontam que o aumento de casos de sífilis congênita foi mais evidente em municípios que possuíam a cobertura da ESF menor que 75%, mas que não houve diminuição significativa para a diminuição de casos de sífilis congênita nos municípios com cobertura da ESF maior que 75%. Além disso, apontam que com maior cobertura, há mais casos detectados de sífilis gestacional, o que sugere o aumento da testagem e da notificação. De modo semelhante, Araújo *et al.*, (2012) relatam que a cobertura por si só não está relacionada aos índices de sífilis congênita, mas questões relacionadas à assistência ao pré-natal, ao perfil populacional do município e à população mais vulnerável. Ambos os estudos ressaltam que, embora a ESF seja um espaço privilegiado para o diagnóstico precoce e a eliminação da transmissão vertical da infecção, ter um percentual alto de sua cobertura não garante o acesso e a qualidade do pré-natal, sendo necessário observar a desigualdade de acesso ao pré-natal e sua qualidade, levando-se em consideração questões demográficas dos municípios.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho teve motivação a partir de vivências durante a graduação em Saúde Coletiva, principalmente durante as disciplinas de Atividades Integradas em Saúde Coletiva 3 e 4, em que foi observada a estrutura da APS e o fluxo do pré-natal no SUS. Mediante a essas experiências, o assunto de sífilis, principalmente a SG e SC, despertou interesse, ainda mais por serem infecções curáveis, mas ainda tão prevalentes no território.

A sífilis é uma infecção que pode ser evitada através de práticas sexuais seguras e possui tratamento, logo, tem um grande potencial de cura (BRASIL, 2020b). Sendo assim, o aumento do número de casos ao longo dos anos é preocupante e um problema de saúde pública. É importante lembrar, ainda, que casos de sífilis adquirida em mulheres em idade fértil são potenciais casos de SG e, conseqüentemente, se não tratada adequadamente, pode levar a casos de SC.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e as taxas de detecção de sífilis gestacional e de incidência de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro (MRJ) no período de 2009 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e de assistência ao pré-natal materno dos casos de sífilis gestacional e congênita no MRJ no período de 2009 a 2018;
- Descrever a taxa de detecção de sífilis gestacional e a taxa de incidência de sífilis congênita no MRJ no período de 2009 a 2018;
- Descrever a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no MRJ no período de 2009 a 2018.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um estudo ecológico de série temporal com dados de notificações de sífilis gestacional e congênita ocorridas no município do Rio de Janeiro nos anos de 2009 a 2018, além de dados da cobertura ESF no mesmo município e período. Para a análise temporal, escolheu-se o período de 10 anos para observar os casos diagnosticados e notificados ao longo do tempo. Vale dizer que os anos de 2019 e 2020 não foram escolhidos pois, segundo o Ministério da Saúde, os dados de 2019 podem estar subnotificados e os de 2020 só estão disponibilizados até o mês de junho.

A população do MRJ, em 2020, era estimada em 6.747.815 habitantes, sendo, aproximadamente, 29% mulheres em idade fértil, isto é, de 10 a 49 anos. É válido saber, ainda, que, no mesmo ano, ocorreram 78.272 nascimentos no município. A população-alvo do estudo consiste em mulheres grávidas que foram diagnosticadas e notificadas por SG e crianças de até um ano de idade que foram diagnosticadas e notificadas por SC no MRJ no período de 2009 a 2018. É importante ressaltar que a população-alvo é composta por residentes e não-residentes do MRJ.

Os dados de notificação de SG e SC foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e de nascidos vivos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Todos os dados foram disponibilizados pelo TABNET-DATASUS, de domínio público. Os dados da cobertura ESF foram extraídos da plataforma e-Gestor Atenção Básica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, também de domínio público.

4.2 VARIÁVEIS ANALISADAS

4.2.1 Taxa de detecção de Sífilis Gestacional

A taxa de detecção de sífilis gestacional (SG) foi estimada pela divisão do número de casos de SG em residentes e não-residentes do MRJ, mas notificados pelo município, no ano, pelo total de nascidos vivos no MRJ no mesmo ano multiplicado por 1.000 (MASCHIO-LIMA *et al.*, 2020).

Cabe dizer, ainda, que a mesma mulher pode aparecer mais de uma vez no numerador ao longo do período, haja vista que pode ocorrer mais de um episódio de sífilis.

4.2.2 Taxa de Incidência de Sífilis Congênita

A taxa de incidência de sífilis congênita (SG) foi calculada pela divisão do número de casos de SC em residentes e não-residentes do MRJ, mas notificados pelo município, no ano, pelo total de nascidos vivos no MRJ no mesmo ano multiplicado por 1.000 (OPAS, 2008).

4.2.3 Cobertura da Estratégia Saúde da Família

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estimada pela razão entre a população coberta por equipes ESF no mês sobre a estimativa populacional no mesmo mês e local multiplicado por 100. Em seguida, foi calculada a média anual da cobertura para o MRJ para cada ano estudado (BRASIL, 2021).

4.2.4 Variáveis sociodemográficas

4.2.4.1 Idade materna

As idades das gestantes foram agrupadas em cinco faixas etárias: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 anos ou mais.

4.2.4.2 Cor da pele materna

A cor da pele é autodeclarada. As seguintes classificações estavam disponíveis: branca, preta, amarela, parda e indígena.

4.2.4.3 Escolaridade materna

A escolaridade foi agrupada em anos estudados pela mãe. Dessa forma, analisou-se casos com nenhum ano estudado (analfabeto), 1 a 3 anos (1º ano do fundamental ao 4º ano do fundamental incompleto), 4 a 7 anos (4º ano do fundamental ao 8º ano do fundamental

incompleto), 8 a 11 anos (ensino fundamental completo ao ensino médio incompleto), 12 anos ou mais (ensino médio completo ao ensino superior).

4.2.5 Variáveis relacionadas à assistência pré-natal

4.2.5.1 Realização do pré-natal

Foi analisado se a mãe do caso de SC realizou (“sim”) ou não (“não”) o pré-natal.

4.2.5.2 Tratamento do Parceiro

É preconizado que os parceiros sexuais das gestantes infectadas também realizem tratamento contra a sífilis, para que não haja risco de reinfecção da gestante. Desse modo, analisou-se se o parceiro realizou (“sim”) ou (“não”) o tratamento.

4.2.5.3 Momento do Diagnóstico

Por último, analisou-se o momento em que a gestante foi diagnosticada com sífilis. Para isso, foi levado em consideração o momento do pré-natal, do parto ou curetagem, após o parto e diagnóstico não realizado.

4.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A distribuição absoluta e relativa de todos os casos notificados de SG e SC no período analisado (2009-2018) e os intervalos de confiança de 95 % (IC95%) das frequências relativas foram calculados segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal. No cálculo das proporções não foram considerados os casos com informações ignoradas. Para a análise da correlação entre a cobertura ESF e a incidência de SG e SC ao longo dos anos, foi calculado o coeficiente de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5%.

As análises dos dados foram realizadas no Microsoft Excel e no Software Livre R versão 4.0.2.

5 RESULTADOS

No período de 2009 a 2018, foram notificados no MRJ 23.576 casos de SG e 13.344 casos de SC. Em relação ao perfil dos casos de SG, a maioria das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, eram pretas/pardas (74,8%) e possuíam de 4 a 11 anos de escolaridade (66,2%) (Tabela 1).

Quanto aos casos de SC, o perfil materno não se diferencia muito em relação ao perfil dos casos de SG, com maior proporção de casos de SC em mães pretas/pardas (79%), entre 20 a 29 anos (53,6%) e de escolaridade de 4 a 11 anos estudados (73,5%) (Tabela 2).

A maioria das mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita realizaram o pré-natal (82,9%) e em 53,5% dos casos a gestante foi diagnosticada com sífilis nesse momento. No entanto, em cerca de 41% dos casos de SC, o diagnóstico materno foi realizado durante o parto ou curetagem. Destaque-se, ainda, que em 82,9% dos casos de SC o parceiro da gestante não foi tratado, aumentando a probabilidade de reinfecção da mesma (Tabela 2).

Vale ressaltar que os resultados apresentados devem ser interpretados com cautela, devido ao número de dados ignorados. Para SG, as variáveis que apresentaram o maior percentual de dados faltantes foram: escolaridade (29,8%) e cor da pele (13,2%). Quanto a SC, as variáveis escolaridade (36,7%), tratamento do parceiro (31,9%) e cor da pele da mãe (19,2%) apresentaram maior proporção.

Ao analisar as taxas ao longo do período, é notório que a taxa de detecção de SG aumenta a cada ano. Ao longo dos nove anos, a taxa de detecção de SG passou de 7,1 casos por mil nascidos vivos em 2009 para 52,3 casos por mil nascidos vivos em 2019. Em relação à taxa de incidência de SC, pode-se observar que a taxa apresenta tendência não linear ao longo dos anos. No ano de 2009 a 2011, a taxa se eleva, já em 2012 em diante, com exceção do ano de 2016, a taxa diminui no município. Nota-se que no primeiro ano do estudo, a taxa de SC (9,8 casos por mil nascidos vivos) é superior à taxa de SG (7,1 casos por mil nascidos), o que sugere que as gestantes não estavam sendo diagnosticadas em momentos oportunos durante o pré-natal ou não estavam sendo devidamente notificadas (Figura 1). É válido ressaltar, também, que o MRJ é um polo atrator de atenção à saúde, sendo possível, então, que gestantes tenham realizado o pré-natal em um município vizinho e tenham realizado o parto no MRJ.

Com relação à cobertura ESF, no ano de 2018, 61% da população do MRJ era coberta por equipes ESF. Durante o período estudado, o município apresentou aumento da cobertura em quase todos os anos analisados, com exceção de 2018, que apresentou uma redução de 1,6% em relação ao ano anterior (Figura 1).

Ao investigar a associação entre a taxa de detecção de SG e a cobertura ESF, nota-se que há uma forte correlação linear entre as variáveis ($r = 0,96$; p -valor = 0,01) (Figura 2a). Dessa forma, conforme o percentual da cobertura ESF aumenta no MRJ, a taxa de detecção de SG também aumenta, indicando um aumento da notificação e da captação da gestante.

Quanto à taxa de incidência de SC, ao ser correlacionada com a porcentagem da cobertura ESF, apresentou uma correlação moderada ($r = 0,53$; p -valor = 0,11) (Figura 2b). No entanto, esta correlação não foi estatisticamente significativa.

Tabela 1 – Número de casos de sífilis na gestação (n), frequência relativa (%) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) segundo características sociodemográficas. Rio de Janeiro, 2009 - 2018

Características	n (%)	IC95%
Faixa etária		
10 a 14 anos	370 (1,6)	1,4 - 1,7
15 a 19 anos	6275 (26,7)	26,1 - 27,3
20 a 29 anos	12270 (52,2)	51,5 - 52,8
30 a 39 anos	4129 (17,6)	17,1 - 18,0
40 +	467 (2,0)	1,8 - 2,2
Cor da pele		
Branca	4861 (23,7)	23,2 - 24,3
Preta	5075 (24,8)	24,2 - 25,4
Amarela	267 (1,3)	1,1 - 1,5
Parda	10243 (50,0)	49,3 - 50,7
Indígena	28 (0,1)	0,1 - 0,2
Escolaridade		
Nenhuma	649 (3,9)	3,6 - 4,2
1-3 anos	1396 (8,4)	8,0 - 8,9
4-7 anos	5210 (31,5)	30,8 - 32,2
8-11 anos	5744 (34,7)	34,0 - 35,5
12 e+	3529 (21,3)	20,7 - 22,0

Fonte: SINAN.

Tabela 2- Número (n), frequência relativa (%) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de casos de sífilis congênita segundo características sociodemográficas maternas e assistência pré-natal. Rio de Janeiro, 2009 - 2018

Características	n (%)	IC95%
Faixa etária		
10 a 14 anos	162 (1,2)	1,1 - 1,4
15 a 19 anos	3453 (26,8)	25,8 - 27,3
20 a 29 anos	6967 (53,6)	52,7 - 54,4
30 a 39 anos	2203 (16,9)	16,3 - 17,6
40 +	220 (1,7)	14,8 - 19,3
Cor da pele		
Branca	2234 (20,6)	19,9 - 21,4
Preta	2506 (23,2)	22,4 - 24,0
Amarela	40 (0,4)	0,3 - 0,5
Parda	6034 (55,8)	54,8 - 56,7
Indígena	5 (0,0)	0,0 - 0,1
Escolaridade		
Nenhuma	56 (0,7)	0,5 - 0,9
1-3 anos	518 (6,1)	5,6 - 6,7
4-7 anos	3338 (39,5)	38,4 - 40,5
8-11 anos	2872 (34,0)	32,9 - 35,0
12 e+	1673 (19,8)	18,9 - 20,6
Realização de pré-natal		
Sim	10169 (82,9)	82,2 - 83,5
Não	2100 (17,1)	16,4 - 17,8
Momento do diagnóstico		
SG		
Pré-natal	6706 (53,5)	52,6 - 54,4
Curetagem/Parto	5162 (41,2)	40,3 - 42,0
Após o parto	604 (4,8)	4,4 - 5,2
Não realizado	64 (0,5)	0,4 - 0,6
Tratamento parceiro		
Sim	1560 (17,1)	16,3 - 17,9
Não	7561 (82,9)	82,1 - 83,7

Fonte: SINAN.

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis gestacional e taxa de incidência de sífilis congênita em relação à cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2009 – 2018

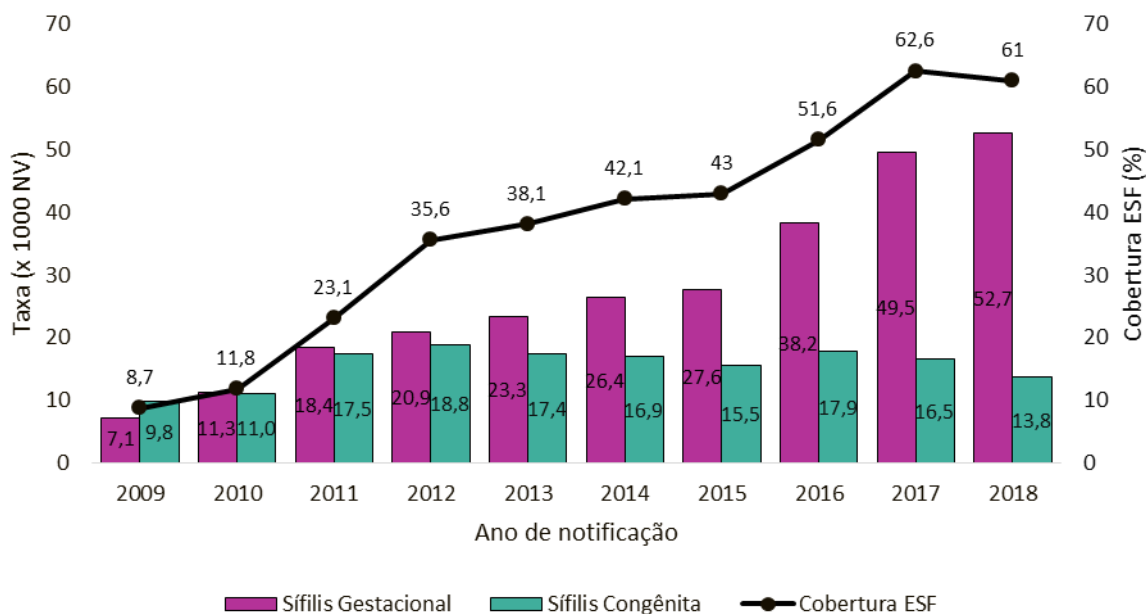
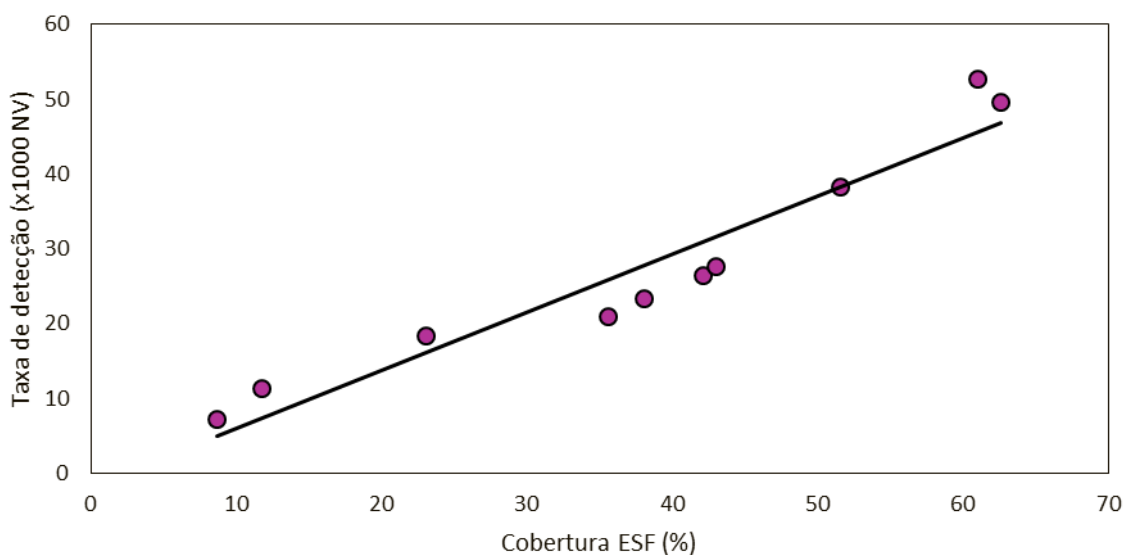
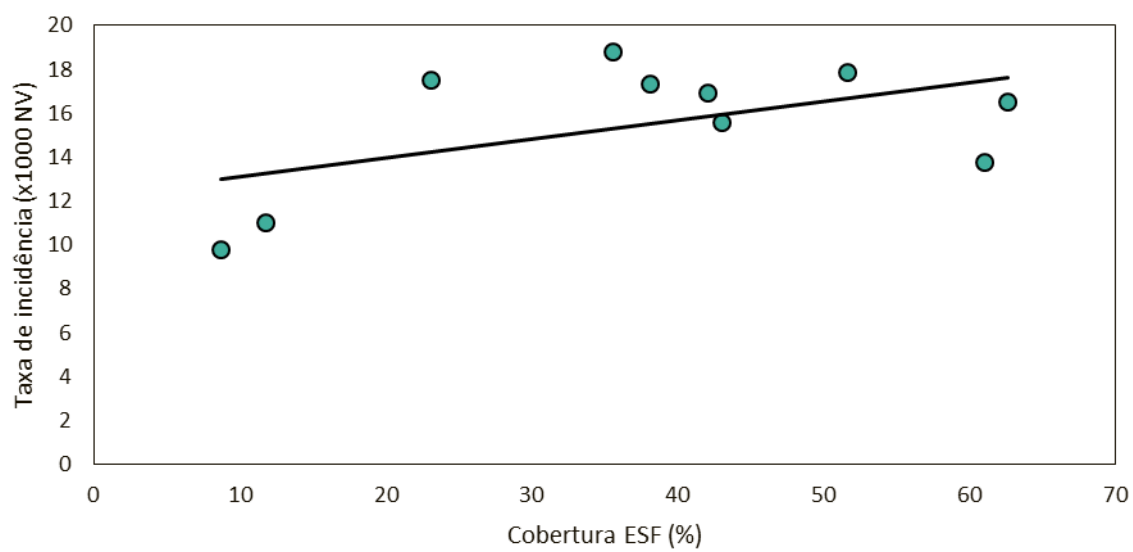


Figura 2 - Correlação linear entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a taxa de detecção de sífilis gestacional (a) e a taxa de incidência de sífilis congênita (b). Rio de Janeiro, 2009 – 2018



a)



b)

6 DISCUSSÃO

A correlação linear entre o percentual de cobertura ESF e as taxas de detecção de SG mostrou-se forte ($r = 0,96$; p -valor = $0,01$) no MRJ ao longo dos anos estudados. Para SC, a correlação linear entre as taxas de incidência e o percentual de cobertura ESF mostrou-se moderada ($r = 0,53$; p -valor = $0,11$), porém não estatisticamente significativa. Esses achados vão de encontro com o estudo de Nunes *et al.*, (2018) que observou uma correlação positiva entre o aumento do percentual da cobertura ESF e o aumento da taxa de detecção de SG em quase todos os anos estudados entre 2007 e 2014 no estado de Goiás. A mesma correlação pôde ser vista para a SC. Do mesmo modo, Machado *et al.*, (2021), em um estudo que analisou as mesmas correlações nos estados da região nordeste do Brasil nos anos entre 2008 e 2017, apresentaram fortes correlações entre as variáveis. Em contrapartida, a análise realizada por Saraceni e Miranda (2012), não demonstrou correlação entre o percentual de cobertura ESF e as taxas de detecção de SG e incidência de SC ao analisar as regiões do Brasil no ano de 2008. No entanto, é importante dizer que o último estudo analisou apenas um ano, não realizando uma série temporal.

A taxa de detecção de SG no MRJ aumentou a cada ano, apresentando, em 2009, 7,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos e, em 2018, 52,7 casos a cada 1.000 nascidos vivos. Muitos fatores estão envolvidos nesse aumento, sendo o principal deles a melhora nos serviços de vigilância epidemiológica, resultando no avanço da notificação dos casos, haja vista que em 2008 a taxa de detecção de SG era menor que a taxa de incidência de SC, indicando uma falha na notificação e diagnóstico no momento oportuno. A ampliação da cobertura ESF no município também possibilitou maior acesso aos serviços de saúde. Além disso, o aumento da oferta dos testes rápidos no pré-natal ao longo dos anos, mas principalmente a partir da implementação da Rede Cegonha, colaborou para o maior número de casos diagnosticados (ARAÚJO; SOUZA; BRAGA, 2020; DOMINGUES; LEAL, 2016).

Em relação à taxa de incidência de SC, se comparados o primeiro e último ano de estudo, a taxa aumentou 40,8%. A partir de 2013, porém, é possível observar uma queda na taxa ao longo dos anos, com exceção de 2016. O aumento até o ano de 2012, assim como a taxa de detecção de SG, indica melhora nos serviços de notificação e diagnóstico da doença. A queda a partir de 2013 pode indicar o aumento do tratamento adequado das gestantes infectadas. No entanto, é importante enfatizar que, apesar da taxa estar em queda, ela permanece alta e aquém da taxa estabelecida pela OPAS, de 50 casos para cada 100 mil nascidos vivos. Desse modo, é possível dizer que a qualidade do pré-natal e,

consequentemente, do tratamento adequado da gestante, deve ser aprimorada. Ademais, é válido destacar que desde 2013 o Brasil e o mundo passam por uma fase de desabastecimento de Penicilina Benzatina. Dessa forma, com os estoques reduzidos, o MRJ, principalmente nos anos de 2014 e 2015, mesmo priorizando o uso do medicamento no tratamento das gestantes e seus parceiros, ainda permaneceu com alto número de casos de SC (ARAÚJO; SOUZA; BRAGA, 2020). A mudança no critério de caso para SC em 2017, não considerando determinante o tratamento do parceiro, aparentemente não interferiu na taxa de incidência de SC no MRJ no período estudado.

Quanto à caracterização dos casos, destaca-se o percentual elevado de casos em mulheres jovens, da cor da pele preta ou parda e de baixa escolaridade. Esses resultados são comparáveis aos estudos de Reis *et al.*, (2018a), que ao analisar os diferenciais intraurbanos da SC no MRJ, obteve resultados semelhantes quanto à caracterização dos casos, destacando o maior número de casos na população mais vulnerável. Entretanto, é necessário ressaltar que o grande percentual de dados ignorados nessas variáveis, principalmente escolaridade e cor da pele, prejudicam a análise completa dos dados. Infelizmente, a incompletude de dados sociodemográficos não é uma realidade apenas das notificações de SG e SC, sendo uma realidade até mesmo em outros sistemas de informação, como o SINASC, por exemplo, (LINO *et al.*, 2019). Mesmo que estudos demonstrem que a incompletude dos dados está diminuindo ao longo dos anos, ainda é um grande percentual (SILVESTRIN *et al.*, 2018), impactando análises que envolvem a relação da desigualdade social com diferentes desfechos (LINO *et al.*, 2019).

Em relação aos dados das características da assistência ao pré-natal das mães dos casos de SC, é notório que a cobertura de pré-natal é alta, porém cerca de 18% das mulheres não tiveram assistência durante a gestação. Ademais, chama atenção que, apesar da cobertura ser elevada, aproximadamente 40% dos casos tiveram diagnóstico de SG apenas durante o parto ou curetagem. Dessa forma, aponta-se que há problemas quanto à qualidade do pré-natal dessas gestantes, não proporcionando o diagnóstico em um momento oportuno para que haja o tratamento adequado para evitar a transmissão vertical. No entanto, é importante levar em consideração, também, que o MRJ é um polo atrator de atenção à saúde, sendo possível que gestantes realizem o pré-natal em outro município e o parto no MRJ. Outro desafio apontado através dos achados é o tratamento do parceiro, no qual somente 17% dos casos foram tratados. Segundo Campos *et al.*, (2012), a dificuldade em se tratar os parceiros sexuais pode estar relacionada ao histórico excludente de políticas de saúde do homem, à visão masculina de não cuidar de sua saúde, às atividades laborais, não havendo tempo para realizar o tratamento

em uma unidade de saúde e ao comportamento dos parceiros como, por exemplo, uso de álcool e drogas.

Fica claro, portanto, que a APS possui grandes desafios para a diminuição das taxas de SG e SC. Um deles é o avanço da qualidade do pré-natal, realizando o diagnóstico no momento oportuno para realizar o tratamento de forma adequada, diminuindo as chances de transmissão para o feto. Outro ponto complexo é o tratamento do parceiro. A adesão da gestante e do parceiro também são nós críticos que podem inviabilizar o tratamento dos mesmos. O conhecimento da situação socioeconômica do território também é uma questão importante que deve ser levada em consideração, já que os casos possuem proporções maiores em populações mais vulneráveis.

Em meio a essas dificuldades, ainda é importante dizer que a APS, da mesma forma a ESF no MRJ, vêm passando por dificuldades estruturais e de financiamento, especialmente a partir do ano de 2017. Ao analisar a porcentagem de cobertura ESF, nota-se que há aumento do percentual entre os anos de 2009 a 2017, de 8,7% para 62,6%, período em que a APS era fortalecida, com aumento de Clínicas da Família e equipes de Saúde da Família. No entanto, de 2017 para 2018 há uma queda, que pode ser explicada pela troca do governo no MRJ, que foi marcada pelo desmonte da APS. Em 2018, no MRJ, houve demissão de cerca de 1.400 profissionais das equipes de Saúde da Família, a maioria ACS, estimando-se que mais de um milhão de pessoas ficaram sem assistência da APS (REIS, 2018b). Tal acontecimento foi possibilitado pela PNAB 2017. Além disso, o governo foi marcado pela desorganização na área da saúde em todo seu mandato. Dessa forma, para que o sistema de saúde seja capaz de suprir as necessidades da população e contribuir para o bem-estar do coletivo, é necessário investimentos na APS e conseqüentemente na ampliação da cobertura ESF no município. Embora o MRJ tenha aumentado o percentual de cobertura ESF, esta ainda não é alta. Seropédica, por exemplo, município da Região Metropolitana I assim como o Rio de Janeiro, em 2018 tinha quase 90% de sua população coberta pela ESF (BRASIL, 2021), mostrando a possibilidade de uma cobertura elevada.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas à subnotificação de casos de SG e SC ao longo desses anos e à incompletude dos dados de variáveis sociodemográficas e de assistência ao pré-natal. Por outro lado, este estudo apresenta uma série temporal de dez anos, analisando o impacto a longo prazo da cobertura ESF no MRJ. Poucos estudos que analisaram a cobertura durante um grande período e em um município foram encontrados. Ressalta-se, ainda, que até o momento da elaboração deste trabalho, nenhum estudo semelhante com dados do MRJ foi encontrado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi possível observar que, apesar da melhora da notificação e diagnóstico, a situação da SG e SC no MRJ ainda é preocupante. Para isso, é necessário fortalecer a APS, ampliando a cobertura ESF no município para que mais pessoas tenham acesso aos serviços de saúde. Além disso, é importante garantir o acesso da população a esses serviços compreendendo a heterogeneidade do território.

No entanto, é de suma importância avançar na qualidade dos atendimentos e, neste caso, do pré-natal, para que a gestante tenha acesso a exames e diagnósticos em tempo oportuno, para prevenir doenças para si própria e para o feto. No caso da sífilis, é interessante dizer, ainda, que intensificar a necessidade do tratamento do parceiro é fundamental. Ressalta-se que o papel dos ACS para captar os parceiros, e a própria gestante, para a realização do tratamento adequado é essencial. Ademais, é válido enfatizar que ações de educação em saúde são cruciais para a diminuição de casos de sífilis na população, prevenindo, assim, casos de SG e, conseqüentemente, de SC.

Neste cenário, destaca-se também a importância do profissional sanitário em ações que visam a redução dos casos de SG e SG no MRJ. O sanitário pode atuar em diversos níveis de atenção como, na gestão de unidades de saúde, planejando junto com as equipes estratégias para a diminuição dos casos no território; em coordenadorias, planejando ações de prevenção e recuperação; trabalhar na vigilância dos casos, acompanhando o número de casos, e capacitando profissionais das unidades de saúde para melhor preenchimento das fichas de notificação.

REFERÊNCIAS

- ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.
- AQUINO, Rosana *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar, (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.
- ARAÚJO, Cinthia Lociks de *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012.
- ARAÚJO, Rachel Sarneiro; SOUZA, Ana Sara Semeão de; BRAGA, José Uelers. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 109, 2020.
- BARATA, Rita Barradas. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde. *In*: BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 11-21.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 7 abril 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. **Biblioteca Virtual em Saúde MS**, Brasília, 6 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS. Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Altera os Critérios de definição de Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. **Sistema Eletrônico de Informações MS**, Brasília, 17 jul. 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS. Esclarecimento sobre a utilização do e-SUS AB e Sis prenatal Web no âmbito da Atenção Básica. **Sistema Eletrônico de Informações MS**, Brasília, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Nota técnica - Relatório de Cobertura da Atenção Básica. **Sistema Eletrônico de Informações MS**, Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Brasília, n. esp., out. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Brasília, n. esp., 2020a.

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: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 741 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, set. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 mar. 2006b.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**, v. 34, p. 397-402, 2012.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 319-335, 1999.

DAWSON, Bertrand Edward. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London: HM Stationery Office, 1920.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais eletrônicos** [...]. São Luís: UFMA, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/INDICE_AUTOR.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, 2018.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Reforma sanitária. **Fiocruz**, 2021. Disponível em: <https://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 15 maio 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF BRASIL; BRASIL. Ministério da Saúde. **Fluxograma de mesa para diagnóstico e tratamento de sífilis no pré-natal, parto e puerpério**: um roteiro prático para conduzir suas condutas. Brasil: fev. 2019.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 746-834.

GOMEZ, Gabriela B. *et al.* Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, p. 217-226, 2013.

HERINGER, Andressa Lohan dos Santos *et al.* Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e8, 2020.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 823-835, 2021.

- LINO, Renata Rodrigues Garcia *et al.* Tendência da incompletude das estatísticas vitais no período neonatal, estado do Rio de Janeiro, 1999-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018131, 2019.
- MACHADO, Michael Ferreira *et al.* Relação entre os casos de sífilis e a estratégia saúde da família no nordeste brasileiro. **Enfermería Global**, n. 61, p. 317, 2021.
- MASCHIO-LIMA, Taiza *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 865-872, 2020.
- MEDEIROS, Fabiana Fontana *et al.* Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 204-211, 2019.
- MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.
- NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro *et al.* Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.
- NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 681-694, 2015.
- 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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2018127, 2018.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Incidência de sífilis congênita. *In*: OPAS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2008. p. 170-171.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Washington, DC: PAHO, 2016.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

REIS, Gilson Jácome dos *et al.* Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

REIS, Vilma. A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro. **ABRASCO**, 13 nov. 2018.

Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>. Acesso em: ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Boletim epidemiológico: sífilis: adquirida, materna e congênita**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2018. 21 p.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Coleção guia de referência rápida: atenção ao pré-natal**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

ROSA, Tatiana. O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica?

CONASS, 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: jul. 2021.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa dos; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 775-780, 2021.

SARACENI, Valéria *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1244-1250, 2005.

SILVESTRIN, Sonia *et al.* Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras-1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00039217, 2018.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 835-880.

SONDA, Eduardo *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, p. 01-03, 2013.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS. Quais exames solicitar após tratamento de um paciente com sífilis adquirida? **UFRGS**, 16 nov. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/sifilis/>. Acesso em: jun. 2021.