

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL**

JANAÍNA DE OLIVEIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REGISTROS DE
SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO DO
DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2012 A 2019**

BRASÍLIA

2021

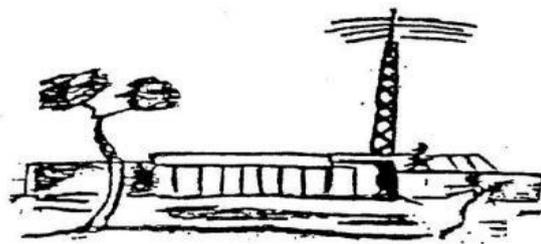
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REGISTROS DE
SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO DO
DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2012 A 2019**

JANAÍNA DE OLIVEIRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília para a obtenção do título de mestre em Medicina Tropical, na área de concentração: Epidemiologia e Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientadora: Prof^a. Maria Regina
Fernandes de Oliveira

Co Orientadora : Prof^a .Tania Cristina
Morais Santa Barbara Rehem



**Brasília
2022**

Ficha Catalográfica

de OLIVEIRA, Janaina
dd278a ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REGISTROS DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO DO DISTRITO FEDERAL NOS
ANOS DE 2012 A 2019 / Janaina de OLIVEIRA; orientador Maria
Regina Fernandes de Oliveira; co-orientador Tânia Cristina
Morais Santa Barbara Rehem. -- Brasília, 2022.
116 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Medicina Tropical) --
Universidade de Brasília, 2022.

1. Sífilis. 2. Atenção Primária. 3. Vigilância. 4.
Estratégia de Saúde da Família. 5. Vulnerabilidade. I.
Oliveira, Maria Regina Fernandes de, orient. II. Rehem,
Tânia Cristina Morais Santa Barbara , co-orient. III. Título.

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Janaína de Oliveira

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REGISTROS DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO DO DISTRITO FEDERAL
NOS ANOS DE 2012 A 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Medicina Tropical: Epidemiologia e Controle de Doenças infecciosas e
parasitárias

DATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

01/04/2022

BANCA EXAMINADORA

Maria Regina Fernandes de Oliveira – Universidade de Brasília
(Orientadora).

Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem – Universidade de
Brasília (Coorientadora)

Maria Amélia Medeiros Mano - Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre

Wildo Navegantes de Araújo – Universidade de Brasília

Henry Maia Peixoto (suplente) – Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Os caminhos foram repletos de intensidade, desafios, isolamento e autoconhecimento, mas também, de novas descobertas, de sorrisos, de abraços e amor de todos que fizeram parte dessa nova experiência. Ser mestre sempre foi um sonho distante, aqueles do subconsciente e adormecido...

Hoje, chego até aqui com muita serenidade de que, mais uma vez, minhas conquistas foram compartilhadas com pessoas e as forças divinas. Grata à mãe e ao pai, incansáveis em me apoiar, de serem meus melhores exemplos e fazerem parte dos momentos mais satisfatórios até aqui. O amor por vocês é único e imensurável! Aos irmãos, que com suas famílias me trouxeram os sorrisos mais largos, os planos mais infalíveis e a certeza que caminharemos juntos tentando tornar essa travessia mais leve! O amor por vocês é inabalável!

Gratidão à Yara, meu amor mais puro, que me traz orgulho todos os dias e me ensina ser melhor em cada momento compartilhado. A você todos os méritos da força diária para continuar, toda a disciplina nos mínimos detalhes e todos os carinhos sutis em tudo que você faz! Minha vida é com você!

Feliz por ter orientações tão delicadas e persistentes nessa nova caminhada. Maria Regina e Tânia Cristina, os passos foram dados no tempo correto, com muita sutileza e assertividade, me conduziram para um crescimento intelectual e pessoal antes nunca vivido. Obrigada pela orientação incansável e paciente. Esse trabalho também é de vocês! Sigamos juntas no mesmo propósito da melhor qualidade para um sistema de saúde público e universal.

Por fim, a todas e todos que participaram desse estudo com a contribuição amiga do incentivo diário, aos servidores da SES/DF que foram ativos na construção desse conhecimento, às companheiras e companheiros de trabalho da DIRAPS/LESTE/SES que tornaram esses últimos 3 anos mais

desafiadores e cheios de afeto! E aos usuários do SUS que permitem constantemente a construção do conhecimento em saúde de forma tão engrandecedora e ousada!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número de notificações de sífilis gestacional por ano entre 2012 a 2019. Distrito Federal, 2020.

Tabela 2: Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

Tabela 3: Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

Tabela 4: Casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

Tabela 5: Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

Tabela 6: Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012 -2019.

Tabela 7: Taxa de prevalência de sífilis congênita por ano e por região administrativa. Distrito Federal 2012-2019.

Tabela 8: Distribuição e percentual do número de notificações de sífilis congênita por ano. Distrito Federal, 2012-2019.

Tabela 9: Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2019.

Tabela 10: Casos de sífilis congênita segundo características maternas, por ano. Distrito Federal. 2012 - 2019.

Tabela 11: Distribuição e percentual de casos de sífilis congênita nas regiões de saúde, por ano. Distrito Federal. 2012-2019.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tratamento e monitoramento de sífilis segundo diretrizes brasileiras.

Quadro 2: Tratamento para a sífilis congênita no período neonatal, pós-neonatal e para crianças com sífilis adquirida, segundo diretrizes brasileiras.

Quadro 3: Unidades básicas de saúde selecionadas para o estudo, segundo características utilizadas para inclusão. Distrito Federal, 2021.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Lesão característica de sífilis primária. Cancro duro.

Figura 2: Lesões características de sífilis secundária.

Figura 3: Algoritmo para o diagnóstico da sífilis com abordagem clássica.

Figura 4: Algoritmo para o diagnóstico da sífilis com abordagem reversa.

Figura 5: Criança com sífilis congênita apresentando esplenomegalia.

Figura 6: Fetograma de um recém-nascido infectado por sífilis mostrando aparência (roída de traça) dos fêmures (seta).

Figura 7: Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos, por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.

Figura 8: Linha do tempo e marcos históricos da Atenção Primária à Saúde, no Distrito Federal, 1979 a 2018.

Figura 9: Distribuição das Regiões Administrativas do Distrito Federal, segundo Regiões de Saúde do DF.

Figura 10: Organização dos serviços de saúde na Região Leste por nível de atenção. Distrito Federal.

Figura 11: Taxa de detecção de sífilis gestacional por 1.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019.

Figura 12: Taxa de prevalência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no Distrito Federal

Figura 13: Taxa de prevalência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019.

Figura 14: Taxa de mortalidade de sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos. Brasil, 2012-2019.

Figura 15: Percentual de cobertura de estratégia de saúde da família no Distrito Federal nos anos de 2012 a 2019.

Figura 16: Notificações de sífilis gestacional em tempo oportuno por ano no Distrito Federal.

Figura 17: Fluxograma de organização do banco de sífilis congênita.

Figura 18: Notificações de sífilis congênita em tempo oportuno por ano no Distrito Federal. 2012-2019.

Figura 19: Esquema das categorias e subcategorias temáticas. Distrito Federal. 2021.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
DF	Distrito Federal
DIPLAN	Diretoria de Planejamento e Orçamento
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eESFs	equipes de ESF
Et al	Et alter (e outro)
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FTA-Abs	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test
GEPLAN	Gerência de Planejamento e Programação em Saúde
GEVIST	Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgA	Imunoglobulina A
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
RPR	Rapid plasma reagin

SCNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SPSS	StatisticalPackage for the Social Sciences
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUPLAN	Subsecretaria de Planejamento em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

ÍNDICE

1- Introdução	17
1.1- Sífilis: o patógeno, fisiopatologia, transmissão, manifestação clínica, diagnóstico e tratamento	18
1.1.1- Fisiopatologia e Transmissão	18
1.1.2- Manifestações Clínicas.....	19
1.1.3- Diagnóstico e tratamento	22
1.2- Sífilis na gestação e sífilis congênita: definições de caso e o tratamento da sífilis congênita.	27
1.2.1- Tratamento e seguimento de sífilis congênita	31
1.3- O sistema de vigilância epidemiológica e controle da sífilis	32
1.4- Dados epidemiológicos no Brasil e Distrito Federal	34
1.5- Atenção Primária no Distrito Federal	36
2- Justificativa	42
3- Objetivos	43
3.1- Objetivo geral.	43
3.2- Objetivos específicos.....	43
4- Métodos	44
4.1- População e período de estudo:	44
4.2- Tipos de estudo:	44
4.3- Variáveis de interesse e indicadores de avaliação:.....	45
4.4- Cenário do estudo.	47
4.5- Critérios de inclusão e exclusão para o estudo qualitativo	50
4.6- Fontes e coleta de dados.....	51
4.6.1- Estudo epidemiológico	51
4.6.2- Estudo qualitativo	52
4.7- Análise dos dados	53
4.7.1- Estudo epidemiológico:	53
4.7.2- Estudo qualitativo:	54
4.8- Aspectos éticos	55
5- Resultados	56
5.1- Estudo epidemiológico.....	56
5.1.1- Análise de completude e consistência dos bancos do SINAN	56

5.1.2 - Taxa de detecção de sífilis gestacional, taxa de prevalência de sífilis congênita, taxa de sífilis congênita em menores de 1 ano, taxa de mortalidade por sífilis congênita e cobertura da Atenção Primária.....	57
5.1.3- Outras análises e indicadores de sífilis gestacional	61
5.1.4- Outras análises e indicadores de sífilis congênita	66
5.2 - Estudo qualitativo	75
5.2.1- Caracterização das UBS e participantes do estudo	75
5.2.2- Análise de conteúdo, modalidade temática	77
6- Discussão	85
6.1 - Proposições.....	96
7- Conclusões	98
8- Referências:.....	100
Anexo 1	110
Apêndice 1	112
Apêndice 2	114

RESUMO

A sífilis é um agravo com grande impacto na saúde pública mundial e no Brasil, de característica infecciosa sexual e transplacentária. Possui a sífilis congênita como consequência de intensa repercussão com cerca de 40% das gestações de mulheres infectadas pelo treponema evoluindo para perdas fetais e perinatais e, nas restantes, aproximadamente, 50% dos recém-nascidos podendo nascer com a presença de sequelas físicas, de desenvolvimento e sensoriais. O envolvimento do modelo de vigilância da sífilis gestacional e congênita com a forma de organização dos serviços da Atenção Primária no Distrito Federal entre os anos de 2012 a 2019 é componente das medidas de saúde pública que interferem diretamente no controle desta infecção sexualmente transmissível. O objetivo do estudo foi descrever a situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal, no período de 2012 a 2019 e compreender, na percepção dos profissionais, o papel da atenção da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos usuários para o enfrentamento da situação epidemiológica da sífilis gestacional e da sífilis congênita. Desta forma foram realizados dois estudos: um estudo epidemiológico descritivo dos casos notificados e dos óbitos por sífilis congênita, no período de 2012 a 2019, e um estudo qualitativo, por meio entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que realizam atividades de assistência e vigilância ao usuário na linha de cuidados do pré-natal na APS. Nos resultados mostrou-se aumento da taxa de detecção de sífilis gestacional em todos os anos assim como a prevalência de sífilis congênita. A taxa de mortalidade de sífilis congênita também foi crescente com o pico no ano de 2016 e decréscimo nos próximos dois anos com novo aumento no ano de 2019. A cobertura de equipes de estratégia de saúde da família no DF teve aumento significativo no ano de 2017 a 2018 chegando a mais de 50% de cobertura.

Concluiu-se que o estudo atualiza os dados epidemiológicos da sífilis nas mulheres gestantes e da sífilis congênita e evidencia as dificuldades e potencialidades, trazidas pelos profissionais de saúde, contemplando a participação ativa deste profissional nas construções dos processos de melhoria da assistência à saúde. Destacam-se as mudanças havidas no sistema de vigilância à sífilis, assim como as mudanças da Atenção Primária no DF, associadas temporalmente à elevação do número de casos registrados.

Palavras-chave: Sífilis gestacional e congênita, modelo de vigilância, taxa de prevalência, taxa de detecção, estratégia de saúde da família, unidade básica de saúde, atenção primária.

ABSTRACT

Syphilis is a disease with a great impact on public health worldwide and in Brazil, with a sexual and transplacental infectious characteristic. It has congenital syphilis because of intense repercussion with about 40% of pregnancies of women infected by treponema leading to fetal and perinatal losses and, in the remaining, approximately 50% of newborns can be born with the presence of physical sequelae, developing and sensory loss. The involvement of the surveillance model for gestational and congenital syphilis with the organization of Primary Care services in Distrito Federal between 2012 and 2019 is a component of public health measures that directly interfere in the control of this sexually transmitted infection. The objective of the study was to describe the epidemiological situation of gestational and congenital syphilis in Distrito Federal, from 2012 to 2019 and to understand, in the perception of professionals, the role of Primary Health Care in the care of users to cope with the situation. epidemiology of gestational syphilis and congenital syphilis. In this way, two studies were carried out: a descriptive epidemiological study of reported cases and deaths from congenital syphilis, from 2012 to 2019, and a qualitative study, through semi-structured interviews with health professionals who carry out assistance and surveillance activities to the user in the prenatal care line in PHC. The results showed an increase in the detection rate of gestational syphilis in all years, as well as the prevalence of congenital syphilis. The congenital syphilis mortality rate also increased with a peak in 2016 and a decrease in the next two years with a new increase in 2019. The coverage of family health strategy teams in the DF had a significant increase in 2017 to 2018 reaching more than 50% coverage.

It was concluded that the study updates the epidemiological data on syphilis in pregnant women and on congenital syphilis and highlights the difficulties and potentialities brought by health professionals, contemplating the active participation of this professional in the construction of processes to improve health care. The changes that took place in the syphilis surveillance

system, as well as the changes in Primary Care in the DF, temporarily associated with the increase in the number of registered cases, stand out.

Keywords: Gestational and congenital syphilis, surveillance model, prevalence rate, detection rate, family health strategy, basic health unit, primary care.

1. Introdução

Infecções sexualmente transmissíveis (IST) estão presentes nas principais discussões sobre os agravos em saúde pública e que acarretam danos sociais, sanitários e econômicos. Alcançam repercussões de grande impacto em diversas populações com destaque maior para mulheres e recém-nascidos (Araújo, 2014). A sífilis é uma IST persistente, com a descoberta do agente etiológico *Treponema pallidum* há milênios. Mais de 12 milhões de pessoas são acometidas pela bactéria em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os desafios para sua eliminação perseguem os desafios da saúde pública em nível global (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde (MS) apresenta, no protocolo e diretrizes publicados em 2015, a definição de sífilis como uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano, com principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação, de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente (BRASIL, 2015).

O boletim epidemiológico lançado pelo MS, em 2018, informa que, em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil devido ao número de casos descritos pela OMS globalmente, cerca de 12 milhões em todo o mundo. Entre outras IST, o combate ao agravo faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, Distrito Federal e municípios. A prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis – que ocorre durante o período gestacional – é identificada como uma prioridade (BRASIL, 2018) no Plano Plurianual (PPA).

O principal impacto deste agravo é o risco de sífilis congênita, ressaltando-se que cerca de 40% das gestações de mulheres infectadas pelo treponema evoluem para perdas fetais e perinatais e, nas restantes, aproximadamente, 50% dos recém-nascidos poderão nascer com a presença de sequelas físicas, de desenvolvimento e sensoriais (Beck, 2018).

Com cerca de estimadas 300.000 mortes fetais e neonatais e risco de morte por prematuridade em outras 215.000 crianças por ano no mundo, a sífilis apresenta-se no cenário mundial como agravo desafiador para as políticas públicas (Unemo M, et al, 2017). A OMS, em 2008, destaca a sífilis congênita como uma das mais graves doenças evitáveis da gestação, sendo evitada se realizado um pré-natal eficiente e o tratamento qualificado da mãe (OMS, 2008).

1.1 Sífilis: o patógeno, fisiopatologia, transmissão, manifestação clínica, diagnóstico e tratamento

O *T.pallidum* é uma bactéria fina, helicoidal, de aproximadamente 0,15 m μ m de largura e 6 a 15 m μ m de comprimento, com seis a 14 espirais, segundo Goldman, Lee. O treponema possui o homem como o único hospedeiro natural (Rodrigo, F.G., et al, 2003).

1.1.1- Fisiopatologia e Transmissão

A bactéria pode penetrar através de mucosas normais e por pequenas abrasões das superfícies epiteliais. Em humanos é uma doença sistêmica desde o início. As primeiras lesões ocorrem em local de inoculação primária, com lento crescimento e multiplicação das espiroquetas nos humanos, promovendo a natureza prolongada da doença e com período de incubação relativamente longo. O *T.pallidum* possui predominância de proliferação intercelular e não intracelular. Tal característica justifica a lesão patológica primária da sífilis ser do tipo endarterite focal com aumento nas células adventícias, proliferação endotelial e presença de uma reação inflamatória ao redor dos vasos afetados. Reação granulomatosa é comum na sífilis secundária e na terciária (Goldman, Lee, 2009).

O recrutamento de células do sistema inato e adaptativo do hospedeiro é desencadeado pela presença da bactéria no primeiro momento da infecção. A secreção de citocinas aumenta a ativação endotelial e migração de células inflamatórias (Riley, BS. et al, 1992).

A maior transmissibilidade por via sexual encontra-se nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária). O maior número de espiroquetas está presente nas lesões ativas, como o cancro duro e lesões muco cutâneas. A diminuição da transmissão ocorre com a evolução da doença e o desaparecimento das lesões cutâneas (UFRGS, 2020). Na classificação da sífilis latente é importante ressaltar que, no primeiro ano de latência, 25% dos pacientes apresentam recrudescimento dos secundarismos e, portanto, pode haver transmissão nessa fase (Goldman, Lee, 2009)

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% na fase intrauterina. Além da via transplacentária, o parto vaginal pode ser o momento de transmissão, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica (Brasil, 2019). Destaca-se que a infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença da mãe, com maior probabilidade nos estágios primário e secundário, e pelo tempo em que o feto foi exposto (Brasil, 2020).

1.1.2- Manifestações Clínicas

○ Sífilis Primária

Forma clínica caracterizada por úlcera indolor, de fundo limpo e endurecida: o cancro (Figura 1). O cancro começa como um pápula, que se rompe superficialmente, resultando na úlcera típica. A lesão resolve-se depois de várias semanas, formando uma discreta cicatriz (Goldman, Lee, 2009). O tempo de incubação é de dez a 90 dias (média de três semanas). Pode não ser valorizada pelo indivíduo; em alguns casos a lesão primária pode ser

múltipla, embora menos frequente, com presença de linfonodos regionais. (MS, 2020).

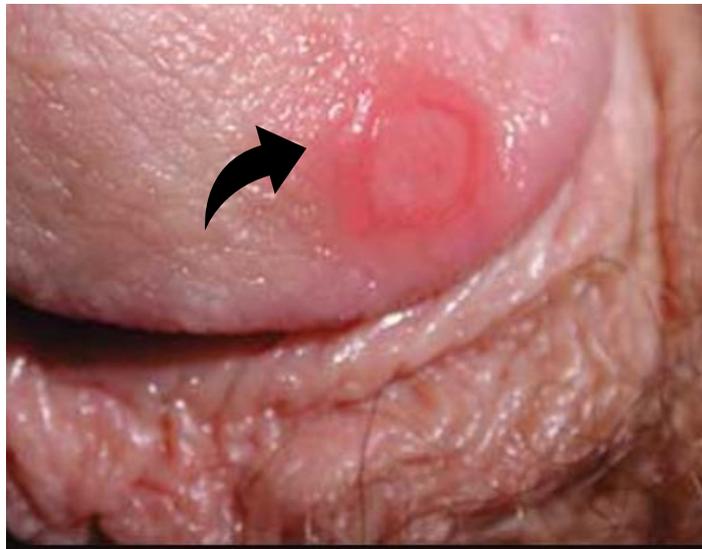


Figura 1: Lesão característica de sífilis primária

Fonte: Figura modificada a partir do link <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/sifilis-fotos/> visitada em 10/02/2022.

- Sífilis Secundária

Evolui entre duas a oito semanas após o desaparecimento do cancro, mas esse tempo pode variar. Apresenta uma grande variedade de sintomas como febre, *rash* cutâneo (Figura 2), faringite, linfadenopatia e acometimentos neurológicos como acidente vascular cerebral, meningite, uveíte e lesões em nervos crânicos (Workowski KA, et al, 2015). Em geral as lesões não são pruriginosas e habitualmente atingem região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico e manifestação de linfonodos generalizados (Brasil, 2020).

A figura 2 traz lesões típicas de sífilis secundária com acometimento palmar.

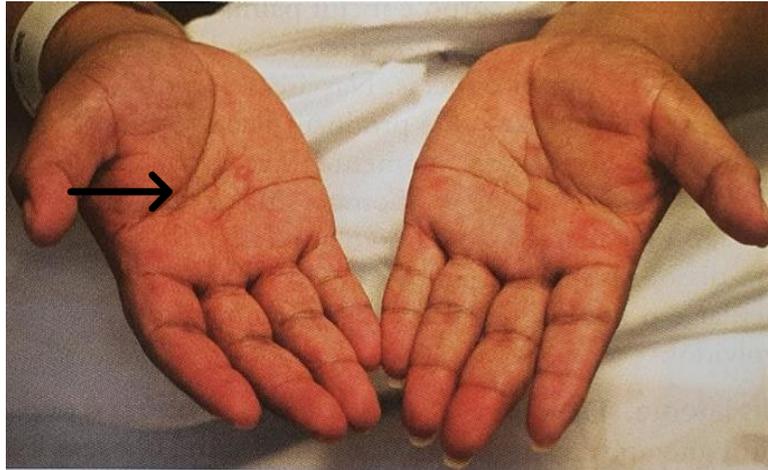


Figura 2 : Lesões características de sífilis secundária

Fonte: Figura modificada a partir de Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrícia de Williams. 24 ed. McGraw Hill Brasil; 2016, pg 78.

- Sífilis latente

Pode ser dividida em sífilis latente recente, sendo essa a forma assintomática dentro de um ano da primoinfecção e sífilis latente tardia, a qual compreende o período após um ano da infecção prévia. Ambas as formas são assintomáticas (Cohen SE, et al, 2013).

- Sífilis Terciária

Pode surgir entre um e 40 anos após o início da infecção, ocorrendo aproximadamente em 15 a 25% das infecções não tratadas. Há destruição tecidual sendo comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte (Brasil, 2020).

1.1.3- Diagnóstico e tratamento

Os testes para a identificação da sífilis são de duas modalidades, a partir da técnica a ser aplicada, a saber: .

- Exames diretos

São os exames para pesquisa direta ou detecção do *T. Pallidum* em amostras coletadas diretamente nas lesões, podendo utilizar a técnica de exame em campo escuro e pesquisa direta com material corado.

- Teste Imunológicos, que são de dois tipos:

- Testes treponêmicos

São os primeiros testes a tornarem-se reagentes, detectando anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T.pallidum*. Podem ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar (Brasil, 2020).

Os testes treponêmicos podem ser: i) o teste rápido (TR) desenvolvido a partir de testes de aglutinação e que promovem a leitura imediata. O ensaio imunocromatográfico é o mais acurado e promove a detecção visual e qualitativa de anticorpos (IgG, IgM e IgA) contra um antígeno recombinado de 47-kDa do *T. pallidum* em sangue total, soro e plasma humano (Avelleira, et al, 2006); ii) teste de hemaglutinação; iii) teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs); e iv) ensaios enzimáticos (ELISA) (Brasil, 2020).

- Testes não treponêmicos

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não treponêmicos, denominados, anteriormente, de reagínicos ou lipídicos e anticardiolipínicos. São utilizados como teste de rastreamento e incluem o *Rapid plasma reagin*

(RPR) e o *Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)*, dentre outros (Hook EW Rd, 2017). São quantificáveis, embora pouco úteis no diagnóstico, mas são muito úteis para o acompanhamento da resposta terapêutica (Goldman, Lee, 2009).

Para o diagnóstico final da sífilis, faz-se necessária a relação dos dados clínicos, epidemiológicos, resultados de exames laboratoriais e investigação de infecções recentes e anteriores. Na fase sintomática podem ser feitos os exames de pesquisa direta, enquanto que os exames sorológicos podem ser utilizados tanto na fase sintomática quanto na fase de latência (Brasil, 2020). Em geral os testes são aplicados de acordo com os fluxogramas apresentados nas figuras 3 e 4, em duas abordagens possíveis.

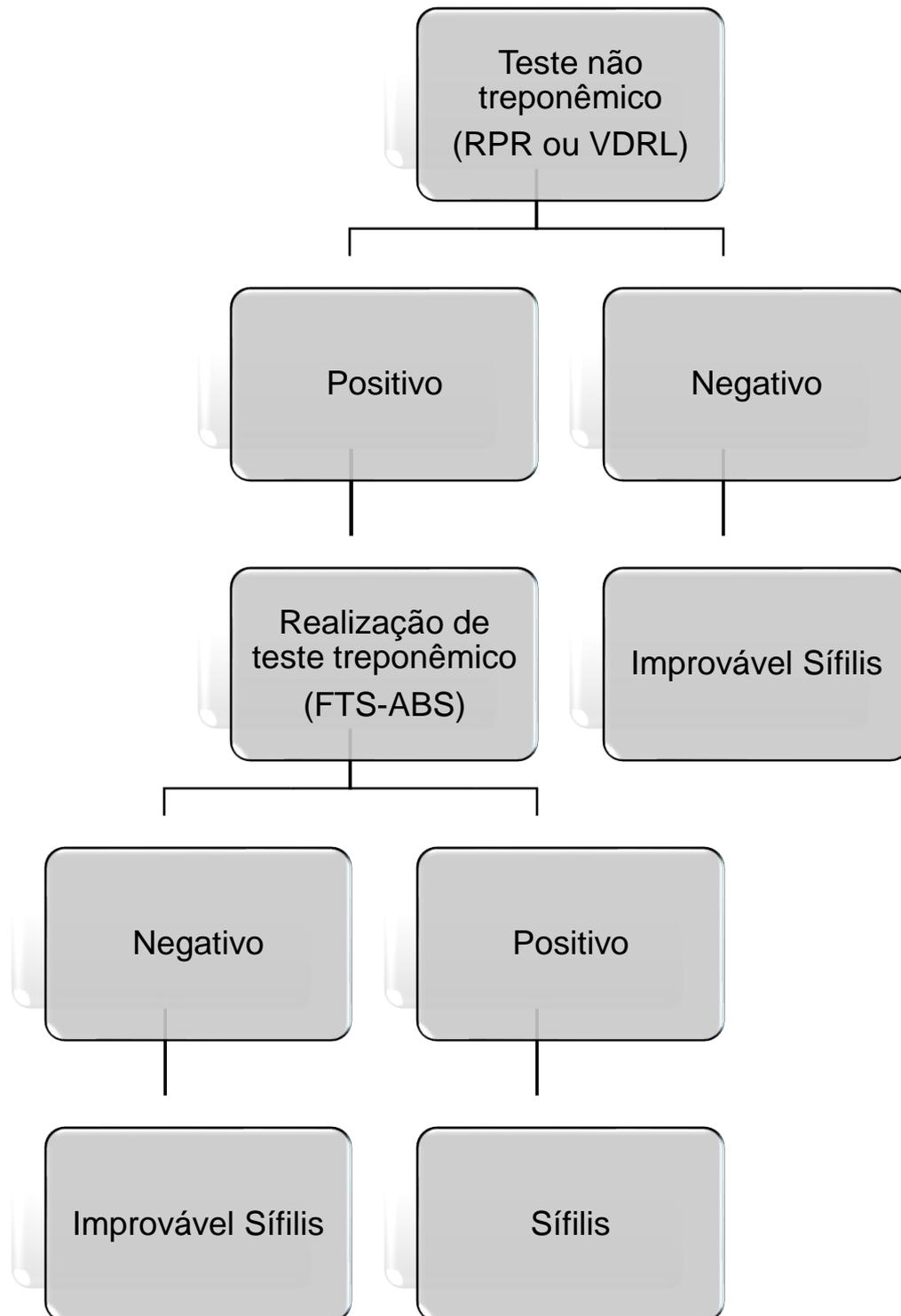


Figura 3 – Algoritmo para o diagnóstico da sífilis com abordagem clássica.
Fonte: Gaspar, Pâmela Cristina et al. 2021

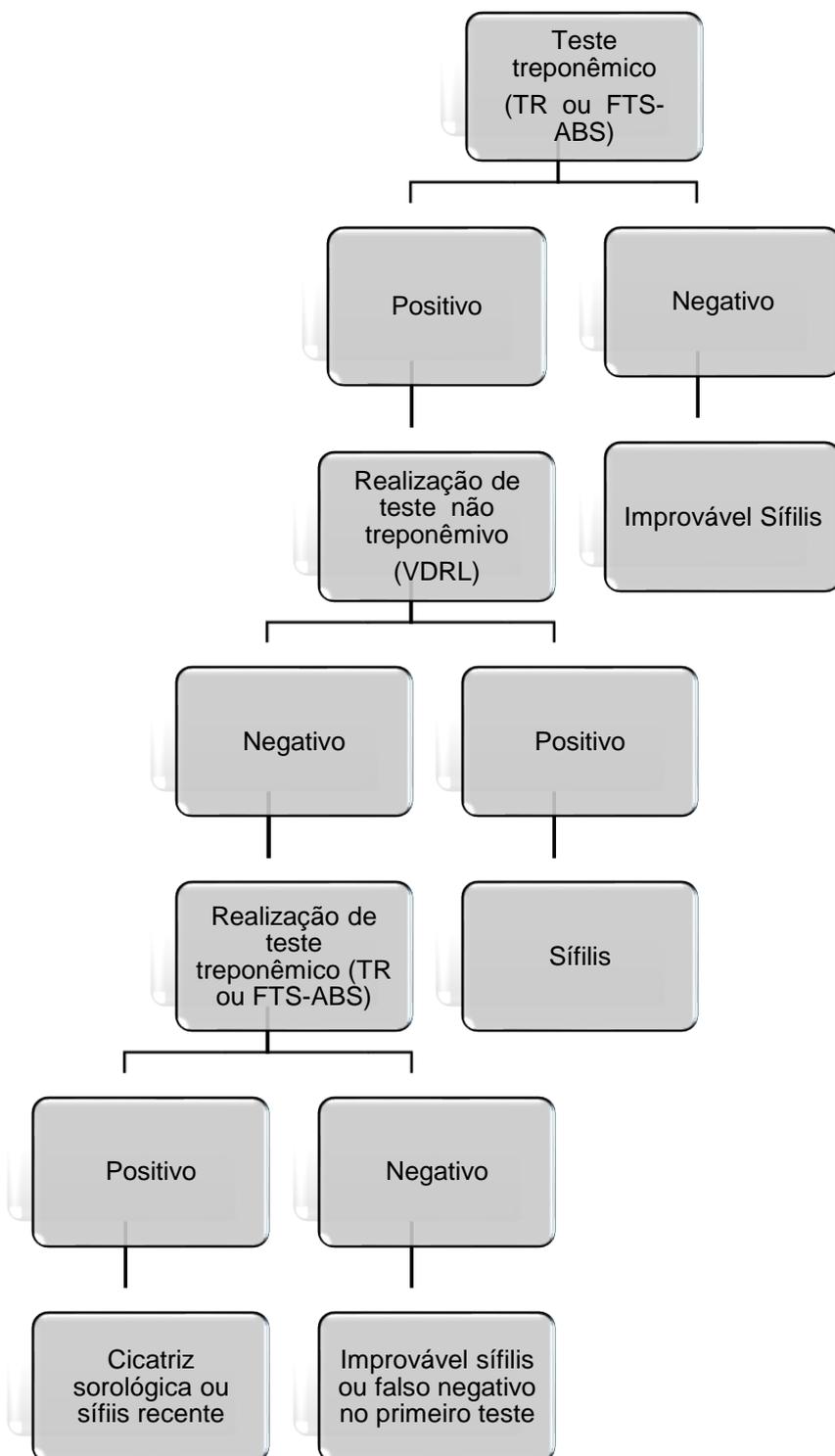


Figura 4 – Algoritmo para o diagnóstico da sífilis com abordagem reversa.
 Fonte: Gaspar, Pâmela Cristina et al. 2021

O tratamento indicado é com a benzilpenicilina benzatina, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. O quadro 1

sistematiza as formas de tratamento segundo o estadiamento da doença, as possíveis alternativas terapêuticas e a recomendação para o seguimento.

Quadro 1: Tratamento e monitoramento de sífilis segundo diretrizes brasileiras.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA EXCETO PARA GESTANTES	SEGUIMENTO TESTE NÃO TREPONÊMICO
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^a	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral; em gestantes, o controle deve ser mensal.
Sífilis tardia: sífilis latente tardia com mais de um ano de evolução ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por três semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral. Em gestantes, o controle deve ser mensal;
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada quatro horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de seis em seis meses até normalização
<p>Notas: a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.</p> <p>b A regra é que o intervalo entre as doses seja de sete dias para completar o tratamento. Caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016).</p>			

Fonte: DCCI/SVS/MS, 2020.

1.2 Sífilis na gestação e sífilis congênita: definições de caso e o tratamento da sífilis congênita.

O *T. pallidum* presente no sangue de uma mulher gestante pode ser transmitido ao feto, especialmente na fase recente da infecção - denominada sífilis recente. Os determinantes principais para a transmissão da mãe ao feto são os estágios da doença materna e a duração da exposição do feto no útero. Logo, a taxa de transmissão é de 70 a 100% nas fases primária e secundária, seguidas de 40% na fase latente recente e 10% na fase tardia (BRASIL, 2005). Embora a infecção possa ser transmitida a partir de nove semanas de gestação, a transmissão tem normalmente lugar entre a 16^a e a 28^a semanas de gravidez (BRASIL, 2018).

A concentração de espiroquetas no sangue é mais alta durante os dois primeiros anos após a infecção e depois diminui lentamente devido à imunidade adquirida. Assim, o risco de infectar parceiros sexuais é maior durante os dois primeiros anos (Nonato et al, 2015).

O desenvolvimento da infecção materna não parece ser alterado pela gravidez. Como pode levar 10 a 45 dias para a infecção da sífilis ser detectada por meio de análises de sangue, um teste não treponêmico negativo inicial não garante ausência de infecção. As mulheres grávidas que apresentam teste negativo devem ser sujeitas a novo teste mais tarde na gravidez ou no parto (Nonato et al, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, critérios diagnósticos para a sífilis na gestação tiveram suas características modificadas em 2017 e são identificadas três situações que a caracterizam (BRASIL, 2017):

- Situação 1

Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico e/ou não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio

- Situação 2

Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal e/ou puerpério apresente pelo menos um teste – treponêmico e/ou não treponêmico com qualquer titulação.

- Situação 3

Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente teste não treponêmico reagente a qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e tratamento prévio (BRASIL, 2017).

A sífilis congênita é uma infecção de múltiplos sistemas. Os sinais precoces podem ser lesão de pele característica como lesões mucocutâneas, erupção vesiculobolhosas e descamação fina da pele. Assim como, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia (Figura 5), incapacidade de ganhar peso, secreção nasal sanguinolenta, fissura perioral, meningite, coroidite, hidrocefalia, convulsões, retardo mental, osteocondrite (Figura 6) e pseudoparalisia - chamada atrofia de Parrot do recém-nascido. Os sinais tardios podem apresentar-se como úlcera gomosa, lesões periostais, paresias, tabes, atrofia óptica, queratite intersticial, surdez sensorioneural e deformidades dentárias. O diagnóstico é clínico e confirmado por microscopia ou sorologia (Oliveira, 2011).

A transmissão da sífilis congênita ocorre predominantemente por via transplacentária, com a disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*

da mãe para o feto. A sífilis congênita é evitável quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais (Avelleira, 2006).



Figura 5: Criança com sífilis congênita apresentando esplenomegalia.
Fonte: Figura modificada de ANDRADE, Ana Laura Mendes Becker et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. Revista Paulista de Pediatria, v. 36, p. 376-381, 2018.

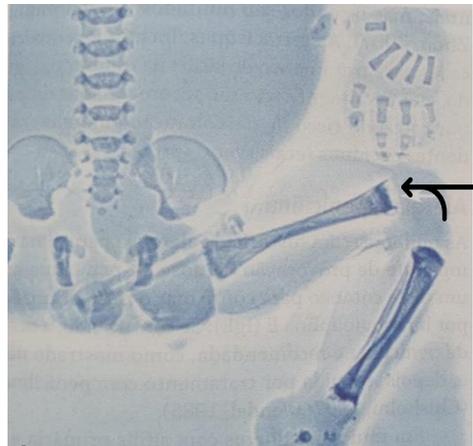


Figura 6: Fetograma de um recém nascido infectado por sífilis mostrando aparência (roída de traça) dos femures (seta).
Fonte: Figura modificada de Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrícia de Williams, 24 ed, McGraw Hill Brasil; 2016, pg 1267.

Para o diagnóstico da sífilis congênita deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos testes, incluindo os exames radiológicos (Brasil, 2018).

As definições de sífilis congênita também sofreram alterações e a nota informativa de 2017 apresenta as seguintes situações para o seu diagnóstico (Brasil, 2017):

○ Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.^(a,b)

a. Tratamento adequado: tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, e iniciado em até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

b. Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

○ Situação 2^c

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente;
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- Títulos de teste não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^d.
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

c. Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual.

d. Seguimento da criança exposta: 1,3,6,12 e 18 meses.

○ Situação 3

Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto (Brasil, 2017).

1.2.1 Tratamento e seguimento de sífilis congênita

Casos diagnosticados com sífilis congênita devem ser tratados com benzilpenicilina potássica/cristalina (Quadro 2). Importante ressaltar que mesmo as crianças que receberam ampicilina em alguma fase do tratamento por outras causas devem receber durante 10 dias a benzilpenicilina potássica/cristalina (Domingues, et al, 2020).

Quadro 2: Tratamento para a sífilis congênita no período neonatal, pós-neonatal e para crianças com sífilis adquirida, segundo diretrizes brasileiras.

Esquema terapêutico	Quem pode receber o esquema	Seguimento
Tratamento no período neonatal		
Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa, de 12/12h na primeira semana de vida e de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias	Criança com ou sem neurosífilis	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura.
Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias	Criança sem neurosífilis É necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura.
Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única	Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura. Seguimento obrigatório.
Tratamento no período pós-neonatal e na criança com sífilis adquirida		
Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa, de 4/4h a 6/6h, por 10 dias	Crianças diagnosticadas com sífilis congênita após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na atenção primária à saúde.

Fonte: adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020.

1.3 O sistema de vigilância epidemiológica e controle da sífilis

A sífilis é uma doença de notificação compulsória regular (em até sete dias) em todas as suas formas e condições, em todo o território nacional.

Os critérios de definição de caso, já descritos neste texto, norteiam o modo de notificação a ser informada à vigilância epidemiológica local (Brasil, 2019).

A notificação é realizada por meio da Ficha de Notificação de Sífilis Adquirida, Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis em Gestante e Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis congênita, presentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Brasil, 2019).

Os principais objetivos do modelo de vigilância em relação às sífilis gestacional e congênita incluem *“desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade; definir e indicar as medidas de controle de transmissão e interromper a cadeia de transmissão”*.

No caso de sífilis congênita, os objetivos da vigilância concentram-se em *“monitorar o perfil epidemiológico da sífilis congênita e suas tendências; identificar casos de sífilis congênita para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal e acompanhar e avaliar as ações de eliminação de sífilis congênita”* (Brasil, 2019).

No Distrito Federal, o Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2020/2024 segue as orientações do Ministério da Saúde, tendo as unidades básicas de saúde como principais unidades de notificação da sífilis gestacional e as maternidades para a notificação de sífilis congênita utilizando-se o SINAN *online* como sistema de informação principal, no modelo em rede, proporcionando a possibilidade de inserção dos dados no sistema no mesmo tempo da realização de confirmação do caso.

Ainda no Plano Distrital, a atenção primária à saúde possui papel de destaque na linha de cuidado do pré-natal de risco habitual, realizando as principais ações de identificação, diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de sífilis gestacional. O apoio do nível secundário de atenção acontece no seguimento e acompanhamento dos casos de sífilis congênita identificados, principalmente nas maternidades. Dessa forma, dentro da linha materno-infantil os níveis de atenção complementam-se no cuidado das usuárias e usuários acometidos pela sífilis gestacional e congênita, com destaque para as equipes de estratégia de saúde da família que coordenam

as ações de vigilância a saúde e assistência (SES, DF. Plano de Distrital de Vigilância e controle de sífilis. 2020).

1.4 Dados epidemiológicos no Brasil e Distrito Federal

O ano de 2017 é marcado pela mudança dos critérios diagnósticos de casos de sífilis adquirida, em gestantes e congênita. Com o intuito de melhorar a sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita deixou-se de considerar o tratamento da parceria sexual da mãe. Entende-se por sensibilidade a capacidade de diagnosticar os indivíduos que realmente possuem a doença (Pereira, 2017). Desta forma, ao considerar exclusivamente a mãe para um dos critérios diagnósticos de sífilis gestacional, como consequência, há um aumento da sensibilidade.

Já no caso de sífilis em gestantes, definiu-se que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes, e não como sífilis adquirida. A mudança dos critérios de definição dos casos de sífilis, a partir de 2017, pelo Ministério da Saúde pode justificar o incremento observado nos boletins epidemiológicos observados desde o ano de 2018 no país (Brasil, 2018).

O Distrito Federal compartilha esse aumento de casos notificados de sífilis adquirida, em gestantes e congênita. O Boletim epidemiológico publicado pela Secretaria Estadual de Saúde – Distrito Federal (SES-DF), no ano de 2018, apresenta esses dados (Distrito Federal, 2018).

Em âmbito nacional verificou-se, por meio de dados do Sinan, que, no período de 2005 a junho de 2018, foram notificados 259.087 casos de sífilis em gestantes, com maior número de casos residentes na região Sudeste. A região Centro-Oeste notificou 9,1% dos casos. Em 2017, o número total de casos notificados no Brasil foi de 49.013, sendo esse número 28,4% maior que no ano anterior. Na região Centro-Oeste foram notificados 3.920 (8%) casos (Brasil, 2018).

Conforme a Figura 7 - a partir do boletim epidemiológico de sífilis de 2018 do Ministério da Saúde - em 2017, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos. A taxa de detecção nacional foi superada pelas regiões Sudeste (20,8/1.000 nascidos vivos) e Sul (20,1/1.000 nascidos vivos).

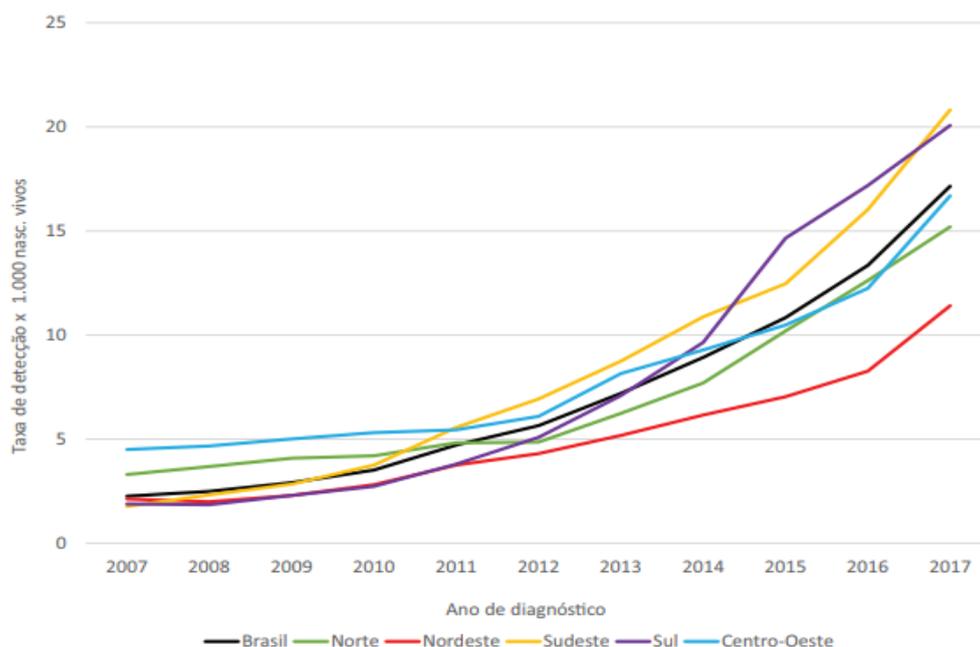


Figura 7 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos, por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.

Fonte: Sistemas de Informações de Agravos de Notificações (Sinan), atualizado em 30/06/2018. Boletim Epidemiológico, Brasil, 2018.

Quanto às notificações de sífilis em gestantes no Distrito Federal no período de 2012 a 2017, foram detectados 1.454 casos. Com aumento, neste ano, tanto do número de casos quanto no coeficiente de detecção, este coeficiente chegou a 8,7 por 1.000 nascidos vivos, significando aumento de 0,7% em relação ao ano de 2016 (Distrito Federal, 2017).

Nas crianças, os dados nacionais mostram que de 1998 a junho de 2018, houve 188.445 notificações de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 10.403 (5,5%) no Centro-Oeste. Em 2017, foram notificados 24.666 casos, sendo 13,6 % no Centro-Oeste. A taxa de prevalência, em 2017, foi de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil (Brasil, 2018).

Já no Distrito Federal, foram notificados 1.158 casos de sífilis congênita, no período de 2012 a 2017. A análise das notificações de sífilis congênita demonstra aumento do número de casos e da taxa de prevalência. O ano de 2012 apresentou 130 casos, e em 2016, 225 casos. A taxa de prevalência nesses anos foi de 3,0 e 5,2, respectivamente, por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018).

1.5 Atenção Primária no Distrito Federal

A constituição brasileira estabeleceu, em 1988, a saúde como direito de Estado de todo cidadão e permitiu que o Brasil proporcionasse à sua população o Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo a universalidade, integralidade e equidade dos serviços públicos em saúde (Almeida, 2014).

O SUS possui em sua forma de organização três níveis de atenção, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) detentora de destaque na coordenação do cuidado do indivíduo dentro do SUS, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo principal de atenção. Tal modelo ganha conformação em 1994 com o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente como um programa orientado a populações de risco e, a partir de 2006, alcança amplitude como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Correa, 2019).

A APS, ao lançar mão de ser o primeiro acesso dos serviços de saúde, assim como proporcionar a integralidade e longitudinalidade ao usuário e ser coordenadora do cuidado, permitiu que sua resolutividade de cerca de 80% dos casos fosse definidora para o modelo mais amplo e satisfatório das políticas públicas de saúde. A longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e o primeiro acesso são os seus atributos essenciais, descritos por Barbara Starfield na sua célebre obra "*Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades e de saúde, serviços e tecnologia*", uma publicação institucional do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no ano de 2002 (Portela, Gustavo. 2017)

Desde o estabelecimento da ESF como forma de organização da APS, diferentes experiências são vividas pelos municípios brasileiros na tentativa de sua expansão, já que esta garante melhoria no acesso e nos indicadores de qualidade dos serviços de saúde (Wadge, 2016).

No Distrito Federal, os acontecimentos que envolvem a saúde pública seguiram os percursos nacionais, sendo a capital federal pioneira no atendimento universal da população residente (Göttems, et al, 2019). Desde a sua fundação, em 1960, o Distrito Federal implantou sistema de saúde sem qualquer discriminação oficial até a instituição do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) no ano de 1988, seguido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando a universalidade se estabeleceu em todo o território do país e para toda a população residente, por meio da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8.080 e 8.142 de 1990 (Göttems, et al, 2019).

Ao realizar um recorte atual, Fonseca, no ano de 2019, em artigo de debate, traz a discussão da peculiaridade do SUS na capital do país, com a dupla natureza de ente federativo do Distrito Federal, tendo funções municipais e estaduais. Explicita a atuação centralizadora da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) em contra mão à tendência descentralizadora da gestão de saúde pública e faz ênfase à desorganização da atuação da APS no ano de 2016, com uma das menores coberturas de ESF no país, cerca de 28% (Fonseca, H. L.P,2019).

Durante os últimos 50 anos, a APS na capital do país sofreu variações em seu planejamento e importância, segundo as mudanças políticas, desde o seu nascimento (LBD Göttems, 2009). A linha do tempo, abaixo, mostra os marcos históricos da evolução da APS no DF (Figura 8).

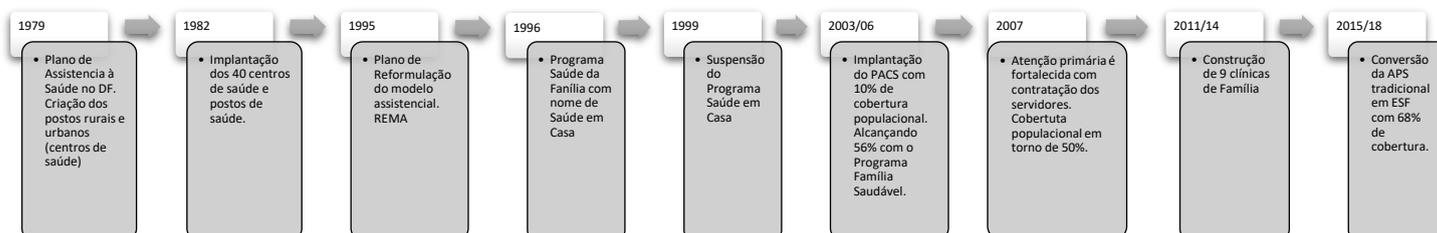


Figura 8 – Linha do tempo e marcos históricos da Atenção Primária à Saúde, no Distrito Federal, 1979 a 2018.
Fonte: (LBD Göttems, 2009)

O Distrito Federal, em 2016, encontrava-se com apenas 28,17% de cobertura de ESF, indo de encontro à organização prioritária da APS brasileira. Dessa forma, identificou-se a necessidade de reorganização do modelo de saúde pública no DF. A proposta de mudança ocorreu a partir do levantamento de número de profissionais e a lotação desses nos antigos centros de saúde, atuando no modelo tradicional da atenção básica (Correa, 2019).

A Secretaria de Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, a Política de APS do Distrito Federal, fundamentada na ESF, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e da Resolução nº 465/2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Mais recentemente, a Lei Distrital nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabeleceu a ESF como modelo de APS do Distrito Federal (Tasca et al, 2019).

Neste período, o DF apresentava a APS nos moldes de centros de saúde com atuação de clínicos, ginecologistas, pediatras, cirurgiões gerais, enfermeiros e técnicos atuando especificamente em áreas singulares a sua especialidade e algumas equipes de ESF (eSFs) atuando de forma restrita, com cerca de uma equipe de ESF por centro de saúde. As eSFs atuavam de forma tímida em relação à integração com os outros profissionais nesses locais de trabalho, além de ter uma baixa cobertura de indivíduos assistidos por essas equipes (Fonseca, H.L.P. 2019).

A unificação do modelo para ESF, no DF, precisou de mudanças estruturais de processo de trabalho e elaboração de normativas para que a reforma na saúde pública no Distrito Federal acontecesse.

A Resolução 465/2016 do Conselho de saúde traz no primeiro artigo a determinação de que a ESF seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial na rede pública de saúde do Distrito Federal (Fonseca, H.L.P. 2019). Responsabiliza a SES-DF como protagonista da mudança de modelo de atuação da APS, garantindo infraestrutura e condições de trabalho adequadas para ampliação da ESF, sendo essa instituição responsável por contratação de profissionais, manutenção e ampliação de estrutura física, equipamentos e insumos. A resolução ainda abordou a manutenção da gratificação das equipes multidisciplinares baseadas em avaliação e monitoramento de indicadores e, ainda, definiu a APS como porta de entrada, preferencial, ao Sistema Único de Saúde (Distrito Federal, 2016).

Após resolução do Conselho de Saúde foi publicada a portaria nº 77, no ano de 2017, que regulamenta o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) baseado nos conceitos e atributos da APS e da ESF (Fonseca, H.L.P.,2019). Esta portaria possuiu como eixo central a ESF como fundamento base para a Política de APS do Distrito Federal e discriminou de forma minuciosa os princípios e diretrizes e a organização administrativa das equipes, das unidades básicas e da gestão da APS. Além disso, determinou as atividades de organização dos serviços da APS baseadas no território, no acesso, no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde; e nos serviços de acolhimento e classificação de risco. Especificou que o transporte, a distribuição de medicamentos e insumos, a coleta de exames, a regulação para especialidades, a vacinação, a vigilância e a educação permanente das equipes estariam sob responsabilidade de todos os processos de trabalho que envolvem a ESF (Distrito Federal, 2017).

Aos profissionais de saúde que atuavam na APS no modelo tradicional, foi concedida a opção de compor equipe de saúde da família no novo modelo

adotado. A Portaria SES/DF nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, permitiu que estes profissionais compusessem equipes de transição, mediante capacitação e cumprimento de requisitos para composição de equipes de saúde da família (Distrito Federal, 2017).

Foram estabelecidas as equipes de transição nas UBS e determinado o tempo máximo de conversão das UBS em 120 dias. Foi regulamentada a capacitação em saúde da família para médicos que já atuavam na APS com a possibilidade de mudança de cargo para Médico de Família e Comunidade na SES-DF e exigiu capacitação mínima aos enfermeiros nas temáticas vacinação, classificação de risco e coleta de exames. Também foi exigida a capacitação pela SES-DF aos gestores das UBS para aplicação integral da portaria nº 77 e para os profissionais que não estiveram aptos, foi organizada a mudança de modelo para os níveis de atenção a saúde específicos de sua especialidade (Distrito Federal, 2018).

Foi realizado então, um curso de capacitação, o Converte, voltado para enfermeiros e médicos ginecologistas, pediatras e clínicos, que contou com um total de 222 horas de aperfeiçoamento teórico-prático. Os profissionais puderam optar por permanecer no processo de conversão após a frequência mínima no curso e os médicos foram submetidos a uma prova de avaliação de conhecimentos. Aqueles que alcançaram desempenho satisfatório tiveram a oportunidade de optar pela mudança de especialidade de atuação na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para Medicina de Família e Comunidade (MFC) (Distrito Federal, 2017).

Finalmente, em 2018, há a publicação da LEI Nº 6.133 que estabeleceu a ESF como modelo da APS do Distrito Federal e promoveu medidas para seu fortalecimento, versando no 1º artigo a determinação de que a APS no Distrito Federal seja baseada na ESF (Distrito Federal, 2018).

O modelo proposto para a expansão da ESF no Distrito Federal ganha destaque, dentre as outras experiências dos grandes centros urbanos. Com a intenção de mudança nos processos de trabalho e formas de atuação resolutiva da APS, a utilização do contingente profissional prévio lotado na atenção básica de diversas categorias como enfermagem, médica,

fisioterapeuta, assistência social, entre outras, dando caráter multiprofissional a equipe é um exemplo da forma diferenciada de compor equipes e promover a expansão da ESF (Correa, 2019).

No ano de 2016, a APS do Distrito Federal vivenciou o processo de planificação da atenção a saúde coordenado pelo Conselho Nacional de Secretário de Saúde (Conass) (Conass, 2018). O processo de planificação foi definido entre as duas instituições, com a Região Leste sendo a escolhida para a implementação do projeto e a linha de cuidado do paciente com hipertensão e/ou diabetes a ser planificada (Conass, 2018).

O conceito de planificação à saúde é trazido pelo Conass como ferramenta de apoio técnico e gerencial às secretarias estaduais e municipais de saúde na organização de macroprocessos da APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), usando por base o modelo de construção social da APS e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propostos por Mendes em 2015.

No Distrito Federal, no ano de 2017, foi estabelecida diretriz clínica por meio da “Nota Técnica n.1” com o intuito de organizar a assistência do paciente com hipertensão e/ou diabetes na APS (Conass, 2018). Os encontros aconteceram com as equipes da ESF divididas em oficinas tutoriais que ocorriam nas unidades básicas de saúde e no ambulatório especializado no Hospital da Região Leste. No total, foram realizadas 10 oficinas, entre os meses de dezembro de 2016 a novembro de 2017, objetivando organizar os macro e microprocessos básicos da APS e AAE relacionados ao MACC (Conass, 2018).

Diante da importância epidemiológica e das consequências clínicas desta doença infecciosa, o presente estudo propõe-se a descrever os registros de sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal, perpassando com olhar específico para o modelo de vigilância deste agravo e a percepção dos principais atores nos processos de notificação e assistência à saúde da atenção primária.

2. Justificativa

Frente à elevação do número de casos no Distrito Federal, como se observa no Brasil como um todo, a sífilis continua sendo um grande desafio para a saúde pública, assim como a redução ou eliminação da transmissão vertical desta doença infecciosa.

Segundo o último boletim epidemiológico, no ano de 2017, divulgado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, houve aumento da taxa de prevalência de sífilis congênita e da detecção da sífilis na gestação, sendo esses indicadores diretos da qualidade de assistência pré-natal.

A estratégia de saúde da família (ESF) é o modelo de atenção à saúde escolhido para estruturar a Atenção Primária a Saúde (APS). Com potencialidade de ser resolutiva em cerca de 80% no processo saúde-doença, esse modelo de atenção ganha evidência na organização dos serviços de saúde e torna-se protagonista na ordenação das redes de atenção e coordenação do cuidado. A ESF possui como uma de suas ações programáticas a realização do pré-natal de risco habitual, sendo coordenadora do cuidado no pré-natal de alto risco. A oportuna notificação dos casos de sífilis, assim como a atenção aos pacientes com sífilis, exige, necessariamente uma APS de qualidade.

Usuários do Sistema Único de Saúde, comunidade e gestores devem utilizar dados e informações para o entendimento da situação de saúde e para o planejamento de políticas públicas em saúde.

A disponibilização dos dados do estudo permitirá que se discutam estratégias de abordagem e seguimento individualizado do usuário, harmonizado com os modelos de atenção propostos pelos gestores, assim como a criação de indicadores de qualidade de serviços em saúde. Esses, quando aplicados com evidência científica garantem ao indivíduo a detecção e o manejo do processo saúde-doença de forma adequada.

Este trabalho tem por objetivo descrever o comportamento da taxa de detecção da sífilis na gestação e a taxa de prevalência da sífilis congênita no período de 2012 a 2019, e conhecer as percepções dos protagonistas que atuam nas notificações, na atenção ao cuidado no pré-natal e na atenção primária a saúde do Distrito Federal, quanto à situação da sífilis no DF.

Conhecer e entender a percepção dos profissionais que atuam diretamente nos processos de vigilância e assistência de sífilis, a partir das suas vivências na história dos modelos de atuação dos serviços de atenção primária no Distrito Federal, permitirá discussões assertivas para qualificação dos serviços que participam de linhas de cuidado como a materno infantil e das infecções sexualmente transmissíveis.

Os resultados poderão subsidiar as medidas de gestão pública em saúde e melhora do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral.

Descrever a situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal, no período de 2012 a 2019, assim como conhecer, no entendimento dos profissionais, a atuação da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos usuários para o enfrentamento da situação epidemiológica da sífilis gestacional e da sífilis congênita.

3.2 Objetivos específicos

- o Descrever a série temporal de detecção de sífilis gestacional e de prevalência de sífilis congênita.
- O Descrever a série temporal de mortes por sífilis congênita.

O Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita em relação a pessoa, tempo, lugar, indicadores de avaliação e outras características de interesse.

O Analisar os dados de notificação segundo completude e consistência.

O Identificar o modo de atuação e as características intrínsecas da organização da atenção primária para o enfrentamento da situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita, do ponto de vista dos profissionais da ESF, no território selecionado.

4. Métodos

4.1 População e período de estudo:

Mulheres e crianças que foram notificadas por sífilis gestacional e congênita, respectivamente, no Distrito Federal, no período de 2012 a 2019. O período justifica-se pela análise das notificações cinco anos previamente à mudança do conceito de diagnóstico de sífilis congênita e gestacional e pelas mudanças que vem ocorrendo para a organização da APS ao longo deste período.

Profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam na assistência direta ao usuário na APS do DF, lotados na Região de Saúde Leste, dentro do período de 2012 a 2019.

4.2 Tipos de estudo:

Foram realizados dois estudos:

o Estudo epidemiológico com componente descritivo individualizado dos casos notificados e dos óbitos por sífilis congênita, para as características de pessoa, tempo e lugar e outras variáveis de interesse, e com a descrição ecológica do comportamento da taxa de detecção da sífilis gestacional, da taxa de prevalência da sífilis congênita e da taxa de mortalidade de sífilis congênita, entre os anos de 2012 a 2019, no Distrito Federal.

o Estudo qualitativo, por meio entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que realizam atividades de assistência e vigilância ao usuário na linha de cuidados do pré-natal na APS no período de 2012 a 2019, na Região de Saúde Leste. Segundo Minayo (2011, pg. 57) o estudo qualitativo:

“é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

4.3 Variáveis de interesse e indicadores de avaliação:

Foram estudadas as variáveis constantes na ficha de notificação do SINAN e SIM como, por exemplo: mês e ano da notificação, estabelecimentos de saúde que realizaram a notificação, distribuição de casos de sífilis por sexo, idade, raça/cor, escolaridade, local de residência, teste treponêmico, tratamento instituído, tratamento do parceiro e evolução do caso. Também foi analisada a taxa de cobertura por ESF, no período de estudo.

Os dados relacionados à sífilis gestacional e sífilis congênita foram descritos pelos seguintes indicadores epidemiológicos:

o Taxa de detecção de sífilis gestacional dada pelo número de casos notificados por ano dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano/local e multiplicado por 1.000;

- o Taxa de prevalência de sífilis congênita dada pelo número de casos de sífilis congênita residentes em determinado município por nascidos vivos de mães residentes do mesmo município, no período considerado;
- o Taxa de prevalência de sífilis congênita em menores de 1 ano dada pelo número de casos de sífilis congênita em menores de um ano residentes em determinado município por nascidos vivos de mães residentes do mesmo município, no período considerado;
- o Taxa de mortalidade de sífilis congênita dada pela razão entre o número de óbitos por sífilis congênita para cada 100.000 nascidos vivos;
- o Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo raça/cor da mãe por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico;
- o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico;

o Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico.

Utiliza-se, neste estudo, o conceito epidemiológico aplicado por Rothman, Greenland e Lash, para o uso do indicador de taxa de prevalência de sífilis congênita. Os autores trazem em sua obra “Epidemiologia Moderna” (Rothman, 2016, pg 62):

“...para as anomalias congênitas a prevalência é a medida geralmente empregada. A proporção de bebês nascidos com alguma malformação é uma proporção de prevalência, não uma taxa de incidência. A incidência de malformações refere-se à sua ocorrência entre as populações suscetíveis de embriões. Muitas malformações levam à morte embrionária ou fetal precoce, a qual é classificada, se reconhecida, como um aborto, e não um nascimento, com ou sem malformação.”

Ao utilizar o exemplo do estudo de anomalias congênitas, o autor do livro mostra que ao se estudar os bebês malformados o nascimento é utilizado como ponto de referência do tempo, sendo a frequência de tais bebês entre todos os nascimentos uma medida de prevalência. Dessa forma, “a medida classifica a população de recém-nascidos quanto ao modo de doença, malformados ou não, no momento do nascimento”. (Rothman et al, 2016, pg. 62).

4.4 Cenário do estudo.

O Distrito Federal possui a rede de saúde estruturada em sete Regiões de Saúde - centro sul, central, norte, sul, sudoeste, leste e oeste - , as quais contemplam as 31 Regiões Administrativas, compondo a regionalização assistencial, como representada na figura 9:



Figura 9 – Distribuição das Regiões Administrativas do Distrito Federal, segundo Regiões de Saúde do DF.

Fonte: GEPLAN e GEMOAS -DIPLAN/SUPLAN/SES-DF

A APS está organizada a partir das necessidades e peculiaridades de cada região de saúde. No ano de 2019, a APS do Distrito Federal possuía 372 equipes de estratégia de saúde da família habilitadas no ministério da saúde, resultando em um percentual de cobertura de 43,14%, segundo os dados da Secretaria de Atenção Primária a saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2020).

Este nível de atenção possui uma carteira de serviços baseada nas amplas ações de cuidados primários incluindo serviços de dispensação de medicamentos, vacinação, atendimento clínico, vigilância, promoção à saúde e prevenção de agravos (Cunha et al, 2020). O Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2020/2024 traz as unidades básicas de saúde como principais unidades notificadoras da sífilis adquirida e gestacional e as maternidades como unidades notificadoras da sífilis congênita (Distrito Federal, 2020).

A Região de Saúde Leste é formada pelas Regiões Administrativas (RA) do Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá e São Sebastião. A população estimada, segundo estimativa do IBGE para o ano de 2019 na região, foi de 304.555 pessoas com a faixa etária predominante entre 15 e 59 anos. É importante ressaltar que existem áreas da região que não estão

contabilizadas nesse número populacional, como os setores habitacionais Jardins Mangueiral, Paranoá Parque e Parque dos Ipês, além da população da RA Jardim Botânico estar subestimada, devido ao número crescente de condomínios sem contabilização oficial de pessoas (Distrito Federal, 2021). Os serviços de saúde na Região Leste estão organizados por nível de atenção, conforme apresentado na figura 10.

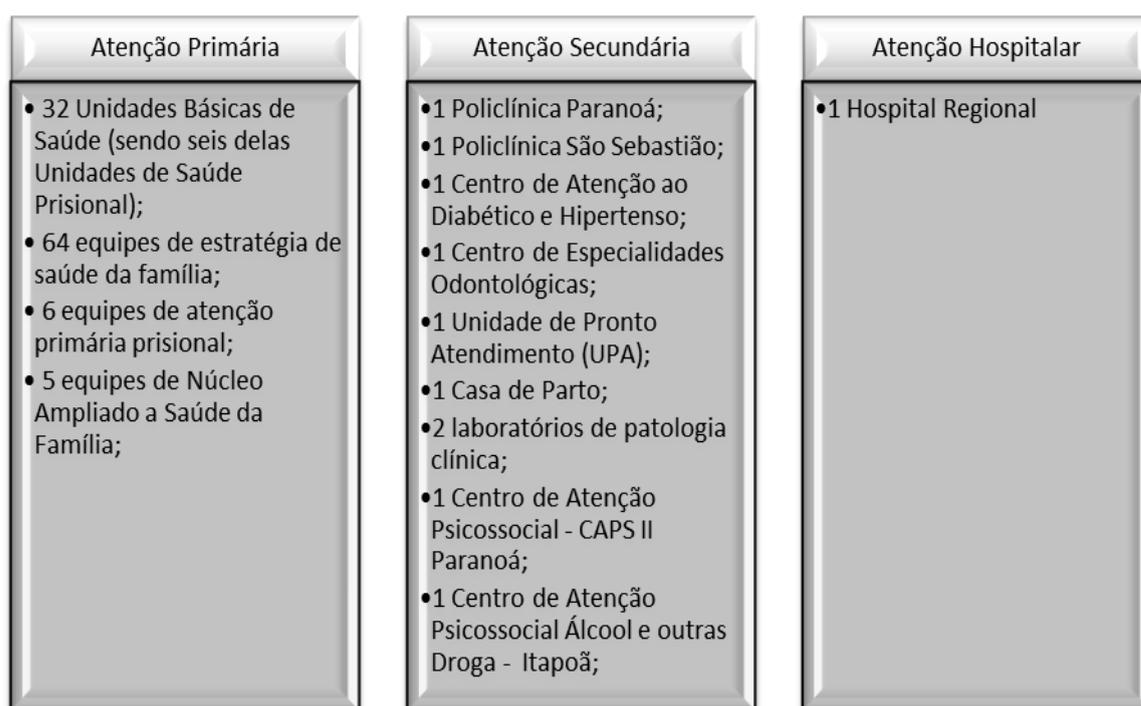


Figura 10: Organização dos serviços de saúde na Região Leste por nível de atenção. Distrito Federal.

Fonte: Distrito Federal, 2019. Sala de Situação.

Em relação à cobertura da APS na Região Leste, segundo dados de dezembro/2019, foi de 92,7% no Itapoã, 89,7% em São Sebastião, 123,2 % no Paranoá e 0% no Jardim Botânico. O percentual do Paranoá acima de 100% é decorrente da cobertura da população do Paranoá Parque que ainda não é considerada nas estimativas do IBGE, por ser um conjunto habitacional recente (Distrito Federal, 2021).

As unidades básicas de saúde estão interligadas em rede com os serviços apoiadores da atenção secundária representados pelas policlínicas e serviços hospitalares presentes no hospital regional.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão para o estudo qualitativo

Foram seguidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão para definição das Unidades Básicas de Saúde e seleção dos profissionais que participaram das entrevistas semiestruturadas:

o Critérios de inclusão:

- Unidades básicas de saúde presentes no território da região de saúde Leste;

- Unidades básicas de saúde compostas por pelo menos uma equipe de estratégia de saúde da família;

- Unidades básicas de saúde que tiveram menores números de notificações de sífilis gestacional e congênita e as unidades básicas que tiveram os maiores números de notificações de sífilis gestacional e congênita, no período de estudo;

- Profissionais de saúde que atuam nas equipes de estratégia de saúde da família no território da região de saúde Leste;

- Equipes de ESF rural, equipes de ESF urbana que compõem UBS com até três eSFs (UBS tipo 1);

- Equipes de ESF urbana que compõem UBS com mais de três eSFs (UBS tipo 2).

o Critérios de exclusão:

- Equipes de estratégia de saúde da família de unidades prisionais pertencentes ao território da Região Leste;

- Profissionais de saúde que foram afastados por mais de seis meses no exercício profissional nos últimos dois anos.

4.6 Fontes e coleta de dados

4.6.1 Estudo epidemiológico

Os dados de sífilis na gestação e sífilis congênita foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados pela Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis – GEVIST da SES-DF no dia 10 de agosto de 2020, com envio do mesmo dia, no entanto, houve atualização do banco e reenvio no dia 11 de setembro de 2020; os óbitos foram selecionados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) com classificação por causa básica e/ou causas associadas com variação dos códigos de A50.0 a A50.9 da CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; ambos os dados foram coletados respeitando-se o tempo do estudo.

Os dados populacionais, de nascidos vivos, foram acessados no link <<https://info.saude.df.gov.br/populacao/>> da sala de situação da SES-DF, o qual mostra a base de dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de Vigilância a Saúde do Distrito Federal que possui como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Já os dados de cobertura de estratégia de saúde da família foram retirados do sistema de informação e-gestor, o qual utiliza os dados oriundos do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.6.2 Estudo qualitativo

Os dados empíricos foram coletados mediante roteiro, contemplando questões norteadoras, acerca da percepção dos profissionais sobre o papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos usuários para o enfrentamento da situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita, (Apêndice 1), seguindo o preconizado por Minayo (2011), ao afirmar que o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações que se espera, servindo de orientação e guia para a interlocução.

No processo de elaboração do roteiro, houve uma pré testagem, com o objetivo de tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem conversados durante o trabalho de campo, entendendo-se que este roteiro poderia e deveria ser modificado durante o processo interativo, ao se perceber que determinados temas, não previstos, de elevada significância poderiam ser colocados pelos interlocutores (Minayo, 2014). Participaram dessa testagem dois profissionais, envolvendo a equipe de enfermagem, os quais não pertenciam às UBS incluídas para a realização do estudo.

As entrevistas permitiram aos participantes a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prenderem às perguntas formuladas, com o propósito de captar as concepções dos sujeitos sobre o tema em questão (Minayo, 2017). Essas foram realizadas nos locais de trabalho, individualmente, após agendamento prévio com participantes e gerentes da unidade, com duração em média de 25 minutos. Foram iniciadas após explicitação dos objetivos, assim como leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo mantido o conteúdo literal das falas com identificações fictícias, utilizando-se as letras iniciais de cada categoria profissional entre elas Médica (M); Enfermeira (E), Técnico de enfermagem (TE); Agente Comunitário de Saúde (ACS), ordenada numericamente para identificação dos profissionais, nomes de planetas para

denominação das equipes e nomes de estrelas para UBS. Logo, os profissionais serão ordenados pela numeração da UBS deixando a codificação da seguinte forma: M1; E1; TE1 e ACS1 da equipe Sol na UBS Terra.

A escolha e o quantitativo final de profissionais entrevistados, seguiram algumas recomendações, quais sejam: (i) privilegiar, na amostra, os sujeitos que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer; (ii) assegurar que a escolha do local e do grupo (ou dos grupos) para observação e troca de informações contemple o conjunto das características, experiências e expressões que o pesquisador pretende objetivar com seu estudo; (iii) considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações (Minayo,2017). Com relação ao último item, foram adotados os oito passos procedimentais para constatação da saturação teórica, propostos por Fontanella (Fontanella et al,2011, pg 389):

"interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais depreendidos a partir do campo de observação".

4.7 Análise dos dados

4.7.1 Estudo epidemiológico:

A avaliação da qualidade e integridade do banco de dados foi realizada seguindo os parâmetros de qualidade dos dados do SINAN e SIM: (1) excelente > 90%, (2) regular de 70 a 89%, (3) ruim <70% do formulário preenchido. A completude foi medida como a razão de categorias com "indivíduos desconhecidos" ou espaços em branco e o número total de registros (BRASIL, 2012).

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Foram calculadas: taxa de detecção da sífilis na

gestação, taxa de prevalência de sífilis congênita e taxa de mortalidade de sífilis congênita e apresentadas em gráficos de séries temporais.

Os bancos de dados foram exportados para o programa StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 22, para organização e análise dos dados.

4.7.2 Estudo qualitativo:

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011).

Dentre as várias modalidades para se realizar uma análise de conteúdo, este estudo adotou a modalidade temática, por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Este tipo de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analisado, sendo operacionalmente desdobrada em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo,2011).

Na pré análise o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, determina a unidade de registro, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização e a modalidade de codificação. Na fase de exploração do material busca-se alcançar o núcleo de compreensão do texto, com a identificação de categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Na terceira e última etapa, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações a partir do

quadro teórico delineado ou oferece novas pistas em torno de novas dimensões teóricas.

4.8 Aspectos éticos

Os dados não nominais informados no estudo epidemiológico foram de fontes secundárias do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) disponíveis em locais públicos do Ministério da Saúde.

As informações presentes no estudo qualitativo foram coletadas em entrevistas semiestruturadas com aplicação dos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, segundo modelo anexado (Apêndice 2).

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF, aprovado em 20/05/2020 sob CAAE 30890620.5.0000.5650 (Anexo 1).

As ponderações entre os riscos de exposição dos dados não nominais das notificações foram feitas com o resguardo das informações para o efeito de pesquisa científica. Os potenciais benefícios foram discutidos com o intuito da coletividade e o sujeito da pesquisa para a contribuição no entendimento do aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal e possível melhoria da qualidade do serviço no âmbito da Atenção Primária a Saúde. A descrição de dados secundários trouxe como benefícios a possibilidade do planejamento adequado das políticas públicas de saúde locais e federais; aprimoramento de estratégias para melhoria dos indicadores de qualidade dos serviços e conseqüente interferência do processo de saúde-doença do indivíduo.

5. Resultados

5.1 Estudo epidemiológico

5.1.1 Análise de completude e consistência dos bancos do SINAN

Foram estudados 3.347 casos de sífilis gestacional e 3.341 registros de sífilis congênita com 3.056 casos válidos para o estudo, no período de 2012 a 2019; e 22 casos de óbitos registrados no SIM, no mesmo período.

Quanto à completude do banco de sífilis gestacional, as variáveis de interesse foram: tipo de trimestre gestacional; raça/cor; escolaridade; idade; esquema de tratamento e titulação da mãe. A variável de escolaridade obteve o menor percentual, com 63,4% de completude, já a idade e a variável raça/cor obtiveram os maiores percentuais de completude com 98,83% e 98,63%, respectivamente. Tipo de trimestre e esquema terapêutico foram variáveis que também se mantiveram acima de 90%, com 94,61% e 93,27%. Tais características justificam a qualidade excelente do banco, para as principais variáveis, segundo completude, permitindo análises com maior segurança das variáveis de interesse.

As inconsistências estiveram presentes na variável titulação do teste não treponêmico apresentando 1,18% de inconsistência com valores distintos dos valores padronizados dos resultados das titulações dos testes não treponêmicos.

No banco de dados de sífilis congênita foram analisadas 12 variáveis, entre elas: idade do paciente (100%); idade da mãe(100%); escolaridade da mãe (62,84%); raça/cor do paciente (61,50%); realizou pré natal (95,23%); diagnóstico de sífilis materna (95,70%); esquema de tratamento materno (93,23%); titulação teste não treponêmico/curetagem da mãe (91,71%); teste não treponêmico no sangue periférico – criança (77,16%) teste rápido após 18 meses no paciente (76,06%); diagnóstico final do paciente (89,97%) e

evolução do caso (95,55%) . Dessa forma, foi possível classificar o banco em regular para algumas variáveis como as características maternas como escolaridade e raça/cor e excelente para as variáveis de idade materna e do paciente; realização de pré natal, diagnóstico de sífilis materna e evolução do caso, quanto à completude dos dados, segundo a classificação do SINAN.

As inconsistências do banco de sífilis congênita também estiveram relacionadas as variáveis de titulação de teste não treponêmico/curetagem com 0,76% e teste não treponêmico no sangue periférico – criança(0,64%). O tipo de inconsistência também se caracterizou por valores distintos dos valores padronizados das titulações.

5.1.2 Taxa de detecção de sífilis gestacional, taxa de prevalência de sífilis congênita, taxa de sífilis congênita em menores de 1 ano, taxa de mortalidade por sífilis congênita e cobertura da Atenção Primária.

A taxa de detecção de sífilis gestacional por ano no Distrito Federal mostrou comportamento ascendente alcançando seu máximo no ano de 2019 com o valor de 22,83 por 1.000 nascidos vivos. Observa-se um aumento mais destacado entre os anos de 2017 e 2018, com elevação da taxa em 81% em 2018 em relação a 2017, mostrando o impacto da mudança de definição de caso de sífilis gestacional no ano de 2017, conforme apresentado na figura 11.

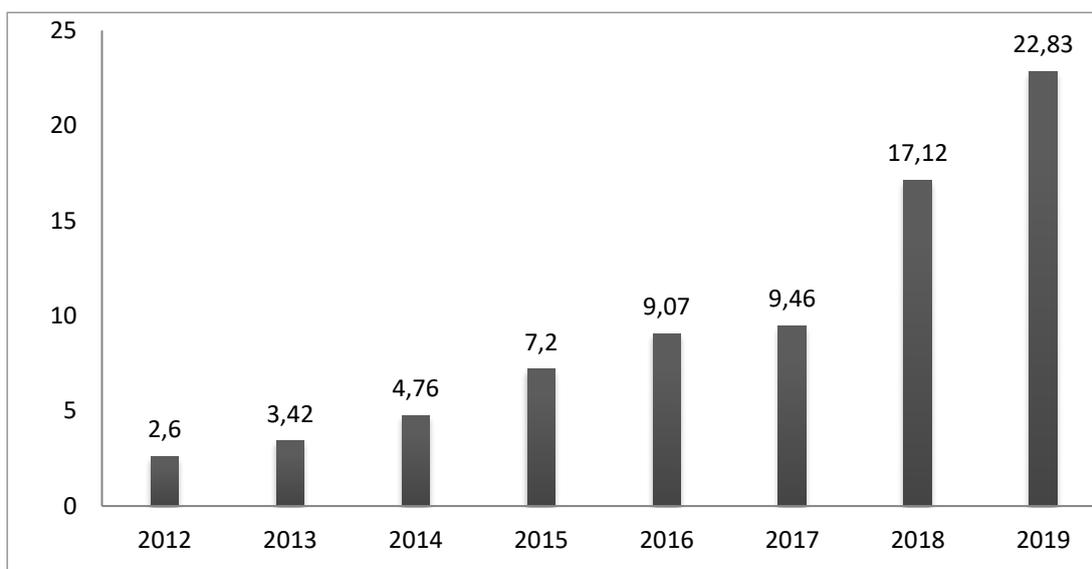


Figura 11: Taxa de detecção de sífilis gestacional por 1.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019.

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Em relação aos casos de sífilis congênita foi observado comportamento semelhante ao de sífilis gestacional, com o ano de 2017 também sendo um marco no aumento do número de registros com 439 casos e máxima de casos no ano de 2019, com 629. A figura 12 apresenta os valores da taxa de prevalência de 9,86 por 1.000 nascidos vivos no ano de 2017, com aumento para 13,41 por 1.000 nascidos vivos no ano de 2018 e maior valor no ano de 2019 com 14,85 por 1.000 nascidos vivos.

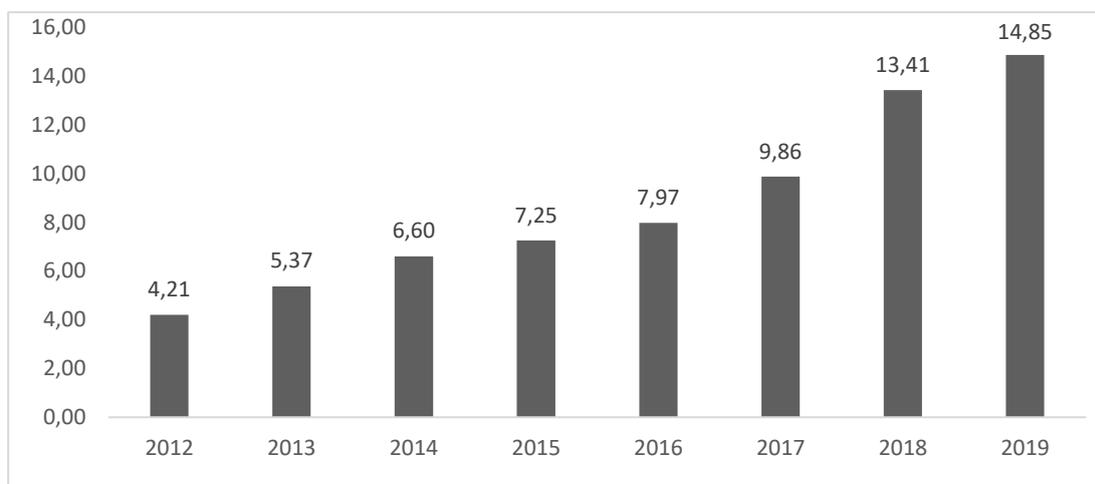


Figura 12: Taxa de prevalência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no Distrito Federal. 2012-2019. Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Ainda em relação aos casos de sífilis congênita, a taxa de prevalência em menores de 1 ano, indicador direto de qualidade do pré natal, também se comportou de forma ascendente com maior valor no ano de 2019 com 14,77 por 1.000 nascidos vivos, valor bem próximo ao valor apresentado anteriormente, com mais de 95% dos casos de sífilis congênita no Distrito Federal ocorrendo em menores de 1 ano (Figura 13).

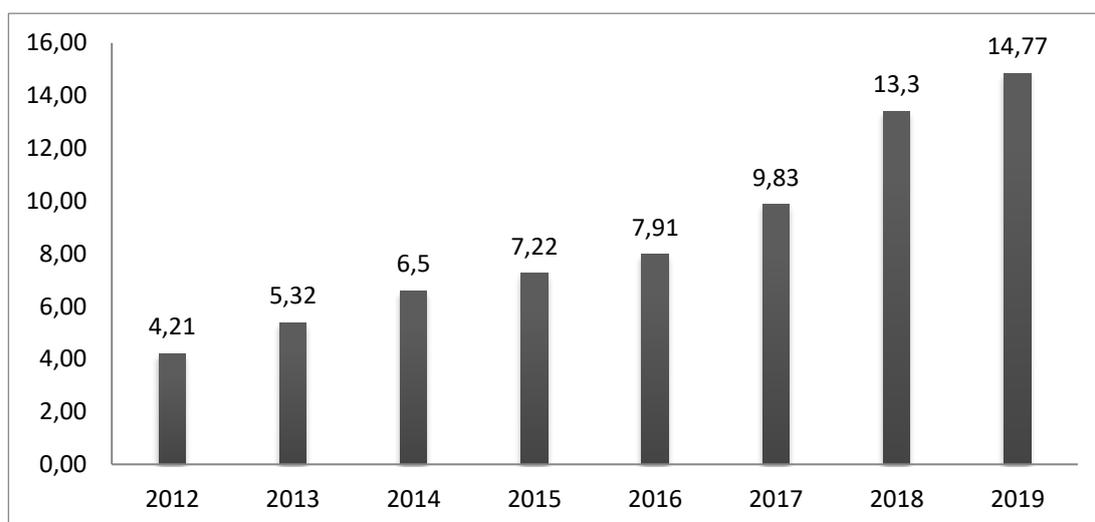


Figura 13: Taxa de prevalência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Já em relação taxa de mortalidade de sífilis congênita encontrou-se o maior quantitativo de óbitos no ano de 2016, com cinco óbitos, seguindo com decréscimo para três óbitos em 2017 e 2018 e quatro óbitos em 2019. Esses dados resultaram em um comportamento diferente da taxa de mortalidade em relação aos dados apresentados anteriormente, com o seu valor máximo alcançado no ano de 2016 com 11,54 óbitos por 100.000 nascidos vivos, seguido pelo ano de 2017 com taxa de 6,74 por 100.000 nascidos vivos. Houve estabilidade da taxa, com de 6,79 por 100.000 nascidos vivos, no ano de 2018; e atingiu novo aumento em 2019 com o valor de 9,44 por 100.000 nascidos vivos. Dados presentes na figura 14.

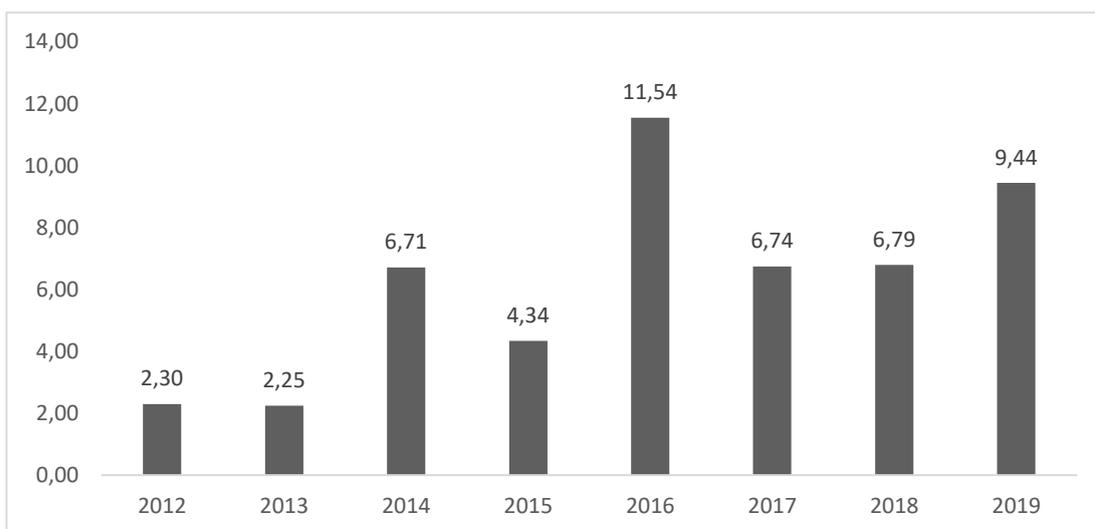


Figura 14: Taxa de mortalidade de sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019.
Fonte: SIM e SINASC/MS

Durante o mesmo período em análise - 2012 a 2019 - a organização da APS no DF também passou por alterações e variações de modo de atuação. O número de equipes de ESF sofreu variações no período analisado e conseqüentemente, esta variação pode estar relacionada aos registros de sífilis gestacional e congênita. A figura 15, abaixo, apresenta essa variação, em percentual de cobertura, das eESFs habilitadas pelo Ministério da Saúde.

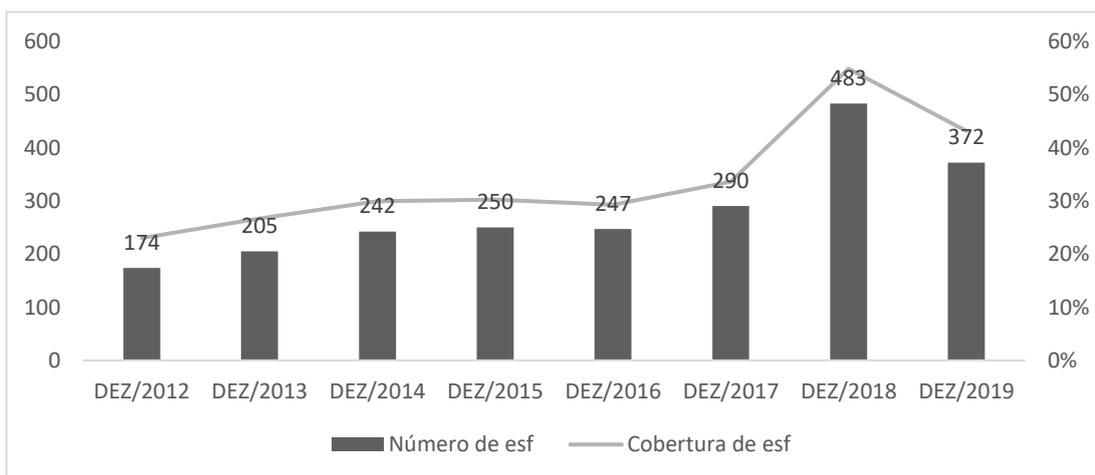


Figura 15: Percentual de cobertura de estratégia de saúde da família. Distrito Federal. 2012-2019.

Fonte: SAPS/Ministério da Saúde.

5.1.3 Outras análises e indicadores de sífilis gestacional

Ainda em relação aos registros de sífilis gestacional no Distrito Federal no ano de 2012 a 2019, foi possível produzir outros indicadores de grande relevância. Quando se analisa o tempo de notificação oportuna, respeitando-se os sete dias para a notificação regular, é observado que o ano de 2019 apresenta o maior número de notificação em tempo oportuno, com 213 (22%) casos em um total de 967 casos. No entanto, isso representa apenas 6% dos casos notificados em todo o Distrito Federal. Neste sentido é importante ressaltar as unidades básicas de saúde como principais notificadoras deste agravo segundo o Plano Distrital de Enfrentamento de Sífilis Gestacional e Congênita. A figura 16 apresenta os dados descritos acima.

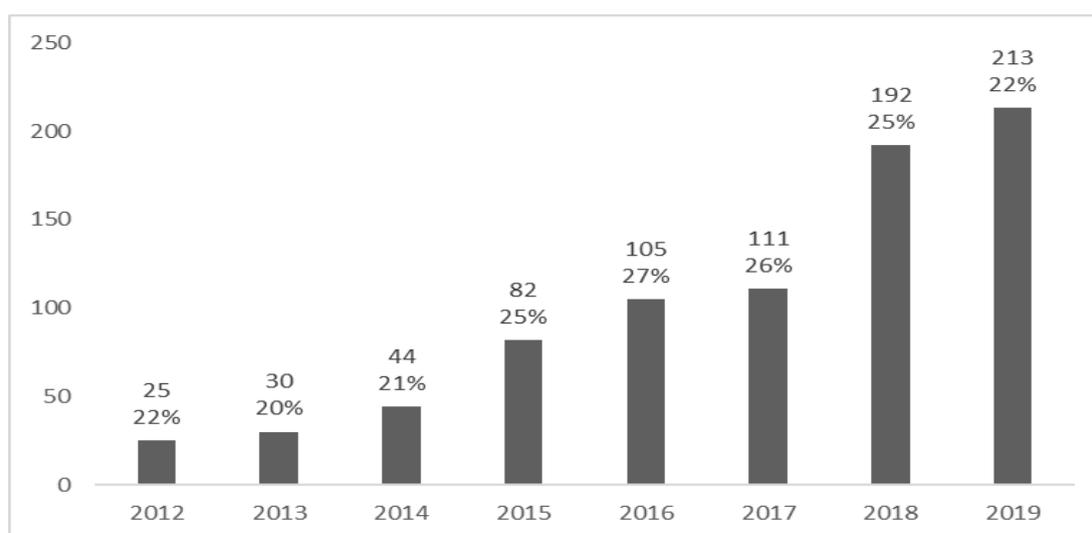


Figura 16: Notificações de sífilis gestacional em tempo oportuno por ano. Distrito Federal. 2012-2019.

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Os dados permitiram calcular os indicadores epidemiológicos de avaliação dos serviços de saúde relacionados à linha de cuidado materno-infantil. Como já descrito, foram usados os bancos do SINAN, SIM e SINASC. Inicia-se a descrição dos dados com a distribuição do número de notificações

de sífilis gestacional por ano, no período de 2012 a 2019. Observou-se elevação mais expressiva a partir do ano de 2017 (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do número de notificações de sífilis gestacional por ano Distrito Federal, 2012-2019.

Ano	Número de casos	Percentual
2012	113	3,4%
2013	152	4,5%
2014	213	6,4%
2015	332	9,9%
2016	393	11,7%
2017	421	12,6%
2018	756	22,6%
2019	967	28,9%
Total	3347	100,0%

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Para o indicador de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico, destaca-se a mudança de padrão nos anos de 2018 e 2019, nos quais o maior número de casos de sífilis gestacional foi identificado no último trimestre divergindo dos anos anteriores com predomínio do maior número de casos identificados no primeiro e segundo trimestres. No ano de 2019, 529 casos (55%) foram notificados no terceiro trimestre (Tabela 2). Chama a atenção o percentual de casos com registro ignorado da idade gestacional, no ano de 2012, quando 20% dos registros de sífilis gestacional tiveram a idade da mãe ignorados, no entanto, esse valor diminui gradativamente ano a ano com o menor número percentual no ano de 2019, com 3% dos registros.

Tabela 2: Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

		Ano da notificação																Total
		2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	
Tipo de Trimestre Gestacional	1° Trimestre	27	24	41	27	79	37	134	40	157	40	191	45	254	34	260	27	1143
	2° Trimestre	38	34	61	40	66	31	83	25	107	27	103	24	128	17	152	16	738
	3° Trimestre	25	22	37	24	55	26	93	28	91	23	109	26	348	46	529	55	1287
	4- Idade gestacional ignorada	23	20	13	9	13	6	22	7	38	10	18	4	26	3	26	3	179
Total		113		152		213		332		393		421		756		967		3347

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quanto ao número de casos por faixa etária houve predominância dos casos na faixa de 20 a 29 anos em todos os anos da série temporal, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos de 2012 a 2017 e 15 a 19 anos no período de 2018 a 2019, o que demonstra um quantitativo maior de casos em faixas etárias mais jovens nos dois últimos dois anos (Tabela 3).

Tabela 3 : Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

		Ano da notificação																Total
		2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	
Faixa etária	10a a 14	4	3,5	4	2,6	5	2,3	5	1,5	14	3,6	7	1,7	14	1,9	15	1,6	68
	15a a 19	13	11,5	28	18,4	41	19,2	65	19,6	83	21,1	107	25,4	194	25,7	252	26,1	783
	20a a 29	64	56,6	76	50,0	107	50,2	158	47,6	203	51,7	210	49,9	390	51,6	494	51,1	1702
	30a a 39	31	27,4	40	26,3	54	25,4	98	29,5	83	21,1	92	21,9	147	19,4	185	19,1	730
	40a ou +	1	0,9	4	2,6	6	2,8	6	1,8	10	2,5	5	1,2	11	1,5	21	2,2	64
Total		113	100	152	100	213	100	332	100	393	100	421	100	756	100	967	100	3347

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quanto ao número de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional segundo raça/cor o quantitativo de casos entre as gestantes que

se auto declararam pardas foi superior a outras raças/cores em todos os anos analisados chegando a ser quatro vezes maior que o quantitativo de casos entre as gestantes brancas no ano de 2018. Na tabela 4 também é possível identificar o percentual de registro ignorado da informação raça/cor da gestante com o ano de 2017 apresentando o maior percentual com 26,4% dos casos e 2012 o menor percentual com 12,4% dos casos. Notou-se que esse percentual não obteve queda ao longo da série histórica, mantendo percentual acima de 15% em todos os anos, após 2012.

Tabela 4: Casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

	Ano da notificação																Total
	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	
Branca	22	19,5	31	20,4	41	19,2	59	17,8	73	18,6	85	20,2	92	12,2	143	14,8	546
Preta	15	13,3	11	7,2	13	6,1	32	9,6	39	9,9	31	7,4	86	11,4	75	7,8	302
Amarela	1	0,9	1	0,7	2	0,9	2	0,6	4	1,0	3	0,7	4	0,5	4	0,4	21
Parda	56	49,6	63	41,4	103	48,4	141	42,5	173	44,0	184	43,7	394	52,1	499	51,6	1613
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	1	0,1	3
Ignorado	14	12,4	35	23,0	42	19,7	82	24,7	86	21,9	111	26,4	169	22,4	237	24,5	776
Total	113	100,0	152	100,0	213	100,0	332	100,0	393	100,0	421	100,0	756	100,0	967	100,0	3347*

*86 registros não possuem identificação de raça cor.

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quanto à escolaridade, caracteriza-se como uma variável com falha importante de preenchimento, como já comentado, sendo a categoria “ignorada” a de maior quantitativo de registros em todos os anos. Logo em seguida, as mulheres com sífilis gestacional com ensino médio completo foram predominantes em toda a série temporal, seguidas pelas mulheres de 5ª. a 8ª série incompleta. A tabela 5 contempla os registros dos casos de gestantes com sífilis segundo a escolaridade.

Tabela 5: Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012-2019.

		Ano da notificação														Total		
		2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%		2019	%
Escolaridade	Sem registro	11	9,7	17	11,2	17	8,0	26	7,8	33	8,4	28	6,7	31	4,1	47	4,9	210
	Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	4	1,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	8
	1 a 4ª série	12	10,6	9	5,9	18	8,5	29	8,7	28	7,1	25	5,9	38	5,0	49	5,1	208
	5 a 8ª série incompleta	14	12,4	24	15,8	28	13,1	40	12,0	59	15,0	50	11,9	110	14,6	131	13,5	456
	Ensino fundamental	10	8,8	9	5,9	16	7,5	28	8,4	33	8,4	35	8,3	55	7,3	56	5,8	242
	Ensino médio	31	27,4	37	24,3	51	23,9	76	22,9	92	23,4	107	25,4	206	27,2	289	29,9	882
	Educação superior	3	2,7	6	3,9	9	4,2	11	3,3	13	3,3	15	3,6	22	2,9	35	3,6	114
	Ignorado	32	28,3	50	32,9	74	34,7	120	36,1	131	33,3	161	38,2	292	38,6	367	38,0	1227
Total		113	100,0	152	100,0	213	100,0	332	100,0	393	100,0	421	100,0	756	100,0	967	100,0	3347

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Com relação à forma de tratamento, destacou-se o esquema de tratamento de Penicilina G Benzatina com 7.200.000 UI sendo instituído em maior quantidade no período analisado alcançando o valor de 527 (54,5%) casos no ano de 2019, seguido do esquema de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI com 179 (18,5%) casos no mesmo ano (Tabela 6)

Tabela 6: Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012 -2019.

	Ano da notificação																Total
	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	
Sem registro	0		0		0		0		1		2		0		0		3
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	13	11,5	38	25,0	43	20,2	49	14,8	54	13,7	53	12,6	153	20,2	179	18,5	582
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	2	1,8	9	5,9	4	1,9	5	1,5	10	2,5	10	2,4	17	2,2	16	1,7	73
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	79	69,9	86	56,6	143	67,1	224	67,5	265	67,4	282	67,0	391	51,7	527	54,5	1997
Outro esquema	4	3,5	3	2,0	5	2,3	19	5,7	10	2,5	8	1,9	16	2,1	16	1,7	81
Não realizado	3	2,7	5	3,3	8	3,8	7	2,1	17	4,3	13	3,1	94	12,4	102	10,5	249
Ignorado	12	10,6	11	7,2	10	4,7	28	8,4	36	9,2	53	12,6	85	11,2	127	13,1	362
Total	113	100,0	152	100,0	213	100,0	332	100,0	393	100,0	421	100,0	756	100,0	967	100,0	3347

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

5.1.4 Outras análises e indicadores de sífilis congênita

Dentre os 3.441 casos registrados no banco de dados foram excluídos 385 registros que não preenchiam os critérios de definição de caso e foram caracterizadas como crianças expostas ao treponema. Ainda foi identificado o quantitativo de nove registros de número de notificações duplicadas, mas que remetem a notificações de indivíduos diferentes. Assim, foram estudados 3.056 casos como representado na figura 17.



Figura 17: Fluxograma de organização do banco de sífilis congênita.
 Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Observando-se a ocorrência das notificações até sete dias da data de diagnóstico de sífilis congênita houve uma elevação desse número a partir no ano de 2017, com máxima em 2019 com 315 (29,8%) notificações em um total de 1.058 casos, demonstrando uma maior oportunidade, ao longo do tempo, de notificação deste agravo. Número maior que as notificações em tempo oportuno de sífilis gestacional. Dados apresentados na figura 18.

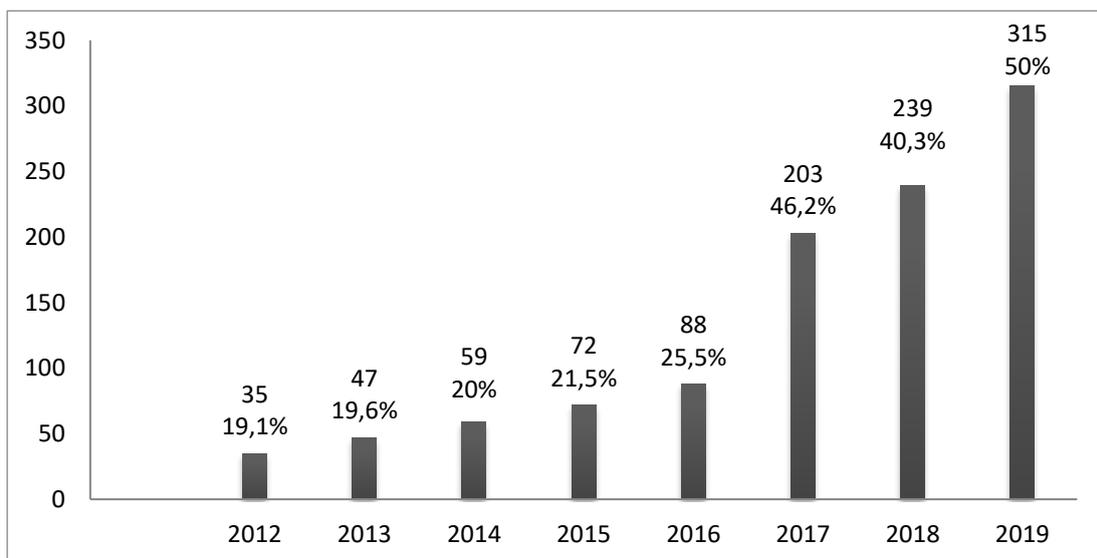


Figura 18: Notificações de sífilis congênita em tempo oportuno por ano no Distrito Federal. 2012-2019.
 Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quanto à taxa de prevalência de sífilis congênita por região administrativa ao longo da série histórica, observa-se que houve casos em todas as regiões no período estudado. No período, as maiores taxas foram nas regiões Ceilândia e Planaltina e as menores nas regiões Jardim Botânico, Lago Sul e Sudoeste/Octogonal. As regiões de Ceilândia e Planaltina apresentaram as maiores taxas no ano de 2019. Ceilândia, nesse mesmo ano, apresentou taxa de prevalência no valor de 1,87 por 1.000 nascidos. As regiões administrativas com menores taxas de prevalência, dentre as regiões que apresentaram caso de sífilis congênita, foi Varjão e Lago Norte com 0,02 por 1.000 nascidos vivos, em 2019 (Tabela 7).

Tabela 7: Taxa de prevalência de sífilis congênita por ano e por região administrativa. Distrito Federal 2012-2019.

	Ano Notificação																
	2012 Tx.	2012 Prev.	2013 Tx.	2013 Prev.	2014 Tx.	2014 Prev.	2015 Tx.	2015 Prev.	2016 Tx.	2016 Prev.	2017 Tx.	2017 Prev.	2018 Tx.	2018 Prev.	2019 Tx.	2019 Prev.	
Região Administrativa/ Região de Saúde	OESTE	50	1,15	31	0,70	33	0,74	41	0,89	39	0,90	58	1,30	75	1,70	88	2,08
	BRAZLÂNDIA	2	0,05	3	0,07	7	0,16	8	0,17	7	0,16	10	0,22	7	0,16	9	0,21
	CEILÂNDIA	48	1,10	28	0,63	26	0,58	33	0,72	32	0,74	48	1,08	68	1,54	79	1,87
	LESTE	9	0,21	25	0,56	32	0,72	34	0,74	21	0,48	22	0,49	24	0,54	18	0,42
	ITAPOÃ	2	0,05	7	0,16	9	0,20	10	0,22	8	0,18	1	0,02	10	0,23	8	0,19
	JARDIM BOTÂNICO	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	PARANOÃ	4	0,09	10	0,22	14	0,31	13	0,28	4	0,09	6	0,13	3	0,07	5	0,12
	SÃO SEBASTIÃO	2	0,05	8	0,18	9	0,20	11	0,24	9	0,21	15	0,34	11	0,25	5	0,12
	NORTE	22	0,51	11	0,25	25	0,56	18	0,39	42	0,97	50	1,12	91	2,06	71	1,68
	FERCAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02	0	0,00	1	0,02	1	0,02
	PLANALTINA	15	0,34	10	0,22	17	0,38	14	0,30	31	0,72	37	0,83	68	1,54	49	1,16
	SOBRADINHO	2	0,05	1	0,02	4	0,09	3	0,07	8	0,18	10	0,22	11	0,25	9	0,21
	SOBRADINHO II	5	0,11	0	0,00	4	0,09	0	0,00	2	0,05	3	0,07	11	0,25	12	0,28
	SUL	10	0,23	28	0,63	29	0,65	24	0,52	28	0,65	24	0,54	38	0,86	57	1,35
	GAMA	6	0,14	19	0,43	15	0,34	17	0,37	12	0,28	9	0,20	19	0,43	24	0,57
	SANTA MARIA	4	0,09	9	0,20	14	0,31	7	0,15	16	0,37	15	0,34	19	0,43	33	0,78
	CENTRO-SUL	10	0,23	10	0,22	10	0,22	20	0,43	25	0,58	39	0,88	54	1,22	31	0,73
	CANDANGOLÂNDIA	1	0,02	3	0,07	0	0,00	3	0,07	1	0,02	1	0,02	0	0,00	0	0,00
	ESTRUTURAL	0	0,00	3	0,07	0	0,00	6	0,13	8	0,18	15	0,34	18	0,41	8	0,19
	GUARA NUCLEO BANDEIRANTE	2	0,05	2	0,04	6	0,13	5	0,11	5	0,12	12	0,27	18	0,41	11	0,26
	PARK WAY	1	0,02	1	0,02	0	0,00	1	0,02	1	0,02	2	0,04	1	0,02	3	0,07
	RIACHO FUNDO I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	RIACHO FUNDO II	3	0,07	0	0,00	2	0,04	1	0,02	7	0,16	3	0,07	8	0,18	5	0,12
	SAI	3	0,07	0	0,00	2	0,04	2	0,04	2	0,05	6	0,13	9	0,20	4	0,09
	CENTRAL	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	ASA NORTE	3	0,07	4	0,09	9	0,20	6	0,13	7	0,16	6	0,13	5	0,11	8	0,19
	ASA SUL	0	0,00	0	0,00	5	0,11	4	0,09	2	0,05	4	0,09	1	0,02	1	0,02
	CRUZEIRO	0	0,00	1	0,02	1	0,02	0	0,00	2	0,05	0	0,00	0	0,00	3	0,07
	LAGO NORTE	3	0,07	0	0,00	1	0,02	1	0,02	2	0,05	0	0,00	0	0,00	2	0,05
	LAGO SUL	0	0,00	1	0,02	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	2	0,05	1	0,02
	SUDOESTE OCTOGONAL	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	VARJAO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02	0	0,00	0	0,00
	SUDOESTE	0	0,00	1	0,02	2	0,04	0	0,00	0	0,00	1	0,02	2	0,05	1	0,02
	AGUAS CLARAS	23	0,53	35	0,79	52	1,16	59	1,28	56	1,29	85	1,91	102	2,31	105	2,48
	RECANTO DAS EMAS	3	0,07	2	0,04	3	0,07	4	0,09	3	0,07	2	0,04	3	0,07	5	0,12
	SAMAMBAIA	4	0,09	6	0,13	6	0,13	18	0,39	11	0,25	14	0,31	29	0,66	17	0,40
	TAGUATINGA	9	0,21	11	0,25	13	0,29	13	0,28	20	0,46	26	0,58	32	0,72	42	0,99
	VICENTE PIRES	7	0,16	16	0,36	30	0,67	22	0,48	17	0,39	38	0,85	31	0,70	34	0,80
	EM BRANCO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04	5	0,12	5	0,11	7	0,16	7	0,17
	Total	183	4,21	239	5,37	295	6,60	334	7,25	345	7,97	439	9,86	592	13,41	629	14,85

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Os casos de sífilis congênita por ano distribuíram-se de forma crescente no período de 2012 a 2019, com maior número em 2019 ao registrarem-se 629 casos, representando 20% das notificações nos sete anos desta série histórica. Semelhante à sífilis gestacional, o quantitativo de casos aumentou expressivamente após o ano de 2017, sendo esse o ano de mudança de definição de caso de sífilis congênita pelo Ministério da Saúde, assim como o ano de aumento do número de equipes de estratégia de saúde da família no Distrito Federal (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição e percentual do número de notificações de sífilis congênita por ano. Distrito Federal, 2012-2019.

Ano	Frequência	Percentual
2012	183	6%
2013	239	7,80%
2014	295	9,70%
2015	334	10,90%
2016	345	11,30%
2017	439	14,40%
2018	592	19,40%
2019	629	20,60%
Total	3056	100%

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quando se analisa a sífilis congênita por faixa etária do paciente encontrou-se maior número de casos em crianças com menos de sete dias de vida e expressivo crescimento a partir do ano de 2017, com 431 casos nesse ano, com menos de sete dias de nascidos (98%). A mesma faixa etária foi responsável por mais de 97% dos casos em todos os anos da série histórica (Tabela 9).

Tabela 9: Casos e distribuição percentual de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2019.

Tipo Idade Paciente	Ano Notificação																Total	
	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%		
Faixa etária	Menos de 7 dias	181	99%	233	97%	288	98%	330	99%	341	99%	431	98%	575	97%	615	98%	2994
	7 a 27 dias	1	1%	2	1%	2	1%	1	0%	0	0%	5	1%	6	1%	2	0%	19
	28d a 364 dias	1	1%	2	1%	3	1%	2	1%	2	1%	2	0%	8	1%	9	1%	29
	1 ano	0	0%	2	1%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	1	0%	5
	2 a 4 anos	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	1	0%	0	0%	3	1%	1	0%	7
	5 a 12 anos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%	2
Total	183	100%	239	100%	295	100%	334	100%	345	100%	439	100%	592	100%	629	100%	3056	

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quanto às características maternas, os casos foram mais frequentes com mães na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos nos últimos dois anos da série temporal. Quanto à raça/cor, a informação auto referida mais frequente foi a parda com 1.561 casos em toda a série histórica, com um percentual de 51%, mas destacam-se 837, ou seja, 27% dos registros, com dado ignorado. A escolaridade materna distribuiu-se de forma mais uniforme, no entanto, também houve um número expressivo de 1.159 ignorados, seguidos pela escolaridade de 5ª a 8ª série incompletas até o ano de 2018. No ano de 2019, destaca-se o ensino médio completo da mães.

Em relação ao número de casos total, 81% (2.470) das mães realizaram o pré natal e 58% (1.777) obtiveram o diagnóstico de sífilis gestacional no pré natal. Já o esquema terapêutico mostrou-se em sua maioria inadequado em todos os anos da série temporal e com o tratamento não realizado em 1.007 casos, correspondendo a 33% das mães.

A tabela 10 apresenta as informações referentes às variáveis de interesse relacionadas às características maternas.

Tabela 10: Casos de sífilis congênita segundo características maternas, por ano. Distrito Federal. 2012 - 2019.

		Ano Notificação																Total
		2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	
Idade Materna	10a a 14	0	0%	4	1,17%	3	1%	0	0%	5	1%	2	0%	3	0%	4	0%	21
	15a a 19	34	19%	42	18%	49	17%	56	17,20%	68	20%	99	22%	160	27%	130	21%	638
	20a a 29	96	54%	116	49,78%	153	53%	168	51,80%	173	52%	210	48%	275	48%	332	54%	1523
	30 a 39	43	24%	66	28,30%	69	24%	86	26,50%	72	21%	107	24%	119	20%	130	21%	692
	40a ou +	4	2%	5	2,14%	14	5%	14	4,30%	12	4%	15	3%	15	2%	17	2%	96
Escolaridade Materna	0-Analfabeto	1	1%	1	0%	3	1%	2	1%	2	1%	1	0%	3	1%	2	0%	15
	1-4ª série	25	14%	21	9%	20	7%	22	7%	17	5%	32	7%	36	6%	38	6%	211
	3-5ª a 8ª série incompleta	50	27%	58	24%	49	17%	67	20%	79	23%	70	16%	104	18%	103	16%	580
	4-Ensino fundamental	17	9%	10	4%	21	7%	26	8%	30	9%	27	6%	22	4%	42	7%	195
	6-Ensino médio	41	22%	46	19%	68	23%	70	21%	83	24%	88	20%	171	29%	212	34%	779
	8-Educação superior	7	4%	6	3%	12	4%	12	4%	7	2%	7	2%	10	2%	28	4%	79
	9-Ignorado	41	22%	95	40%	116	39%	131	39%	122	35%	212	48%	246	42%	196	31%	1159
	10-Não se aplica	1	1%	2	1%	6	2%	4	1%	5	1%	2	0%	0	0%	8	1%	28
	Raça/Cor Materna	1-Branca	42	23%	39	16%	60	20%	44	13%	46	13%	47	11%	89	15%	91	14%
2-Preta		7	4%	12	5%	7	2%	12	4%	18	5%	32	7%	49	8%	53	8%	190
3-Amarela		0	0%	2	1%	1	0%	2	1%	1	0%	0	0%	2	0%	1	0%	9
4-Parda		100	55%	110	46%	144	49%	194	58%	181	52%	204	46%	272	46%	356	57%	1561
5-Indígena		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1
9-Ignorado		34	19%	76	32%	83	28%	82	25%	99	29%	156	36%	180	30%	127	20%	837
Realizou Pré-Natal	1-Sim	141	77%	184	77%	229	78%	265	79%	285	83%	346	79%	484	82%	536	85%	2470
	2-Não	40	22%	47	20%	48	16%	49	15%	46	13%	61	14%	66	11%	69	11%	426
	9-Ignorado	2	1%	8	3%	18	58%	20	125%	14	4%	32	7%	42	7%	24	4%	160
Diagnóstico Sífilis Materna	1-Durante o pré-natal	81	44%	115	48%	145	49%	190	57%	203	59%	273	62%	355	60%	415	66%	1777
	2-No momento do parto/curetagem	68	37%	74	31%	96	33%	82	25%	82	24%	110	25%	181	31%	157	25%	850
	3-Depois o parto	24	13%	36	15%	39	13%	41	12%	39	11%	30	7%	25	4%	28	4%	262
	4-Não realizado	1	1%	3	1%	2	1%	5	1%	2	1%	2	0%	7	1%	9	1%	31
	9-Ignorado	9	5%	11	5%	13	4%	16	5%	19	6%	24	5%	24	4%	20	3%	136
Esquema Tratamento Materno	1-Adequado	13	7%	6	3%	7	2%	13	4%	8	2%	27	6%	53	9%	49	8%	176
	2-Inadequado	86	47%	130	54%	169	57%	197	59%	205	59%	275	63%	287	48%	291	46%	1640
	3-Não realizado	79	43%	94	39%	88	30%	108	32%	110	32%	108	25%	193	33%	227	36%	1007
	9-Ignorado	5	3%	9	4%	31	11%	16	5%	22	6%	29	7%	59	10%	62	10%	233

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Quando se descrevem os casos de sífilis congênita quanto às unidades de notificações, ao longo do período, houve maior número na Região de

Saúde Sudoeste, a qual contempla as regiões administrativas Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires com total de 517 casos, o que corresponde a 17% dos registros. Já a região administrativa com maior número de casos foi Ceilândia com 12% dos casos (362) seguida de Planaltina com 8% dos casos (241). A região de saúde com menor número de casos foi a Região Central seguida da Região Leste com os percentuais de 1,57% (48 registros) e 6,00% (185 registros), respectivamente.

Tabela 11: Distribuição e percentual de casos de sífilis congênita nas regiões de saúde, por ano. Distrito Federal. 2012-2019.

	Ano Notificação																Total
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019									
OESTE	50	27%	31	13%	33	11%	41	12%	39	11%	58	13%	75	13%	88	14%	415
BRAZLÂNDIA	2	1%	3	1%	7	2%	8	2%	7	2%	10	2%	7	1%	9	1%	53
CEILANDIA	48	26%	28	12%	26	9%	33	10%	32	9%	48	11%	68	11%	79	13%	362
LESTE	9	5%	25	10%	32	11%	34	10%	21	6%	22	5%	24	4%	18	3%	185
ITAPOÃ	2	1%	7	3%	9	3%	10	3%	8	2%	1	0%	10	2%	8	1%	55
JARDIM BOTÂNICO	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
PARANOÁ	4	2%	10	4%	14	5%	13	4%	4	1%	6	1%	3	1%	5	1%	59
SÃO SEBASTIÃO	2	4%	8	3%	9	3%	11	3%	9	3%	15	3%	11	2%	5	1%	70
NORTE	22	12%	11	5%	25	8%	18	5%	42	12%	50	11%	91	15%	71	11%	330
FERCAL	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	1	0%	1	0%	4
PLANALTINA	15	8%	10	4%	17	6%	14	4%	31	9%	37	8%	68	11%	49	8%	241
SOBRADINHO	2	1%	1	0%	4	1%	3	1%	8	2%	10	2%	11	2%	9	1%	48
SOBRADINHO II	5	3%	0	0%	4	1%	0	0%	2	1%	3	1%	11	2%	12	2%	37
SUL	10	5%	28	12%	29	10%	24	7%	28	8%	24	5%	38	6%	57	9%	238
GAMA	6	3%	19	8%	15	5%	17	5%	12	3%	9	2%	19	3%	24	4%	121
SANTA MARIA	4	2%	9	4%	14	5%	7	2%	16	5%	15	3%	19	3%	33	5%	117
CENTRO-SUL	10	5%	10	4%	10	3%	20	6%	25	7%	39	9%	54	9%	31	5%	199
CANDANGOLANDIA	1	1%	3	1%	0	0%	3	1%	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	9
ESTRUTURAL	0	0%	3	1%	0	0%	6	2%	8	2%	15	3%	18	3%	8	1%	58
GUARA	2	1%	2	1%	6	2%	5	1%	5	1%	12	3%	18	3%	11	2%	61
NUCLEO BANDEIRANTE	1	1%	1	0%	0	0%	1	0%	1	0%	2	0%	1	0%	3	0%	10
PARK WAY	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3
RIACHO FUNDO I	3	2%	0	0%	2	1%	1	0%	7	2%	3	1%	8	1%	5	1%	29
RIACHO FUNDO II	3	2%	0	0%	2	1%	2	1%	2	1%	6	1%	9	2%	4	1%	28
SIA	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
CENTRAL	3	2%	4	2%	9	3%	6	2%	7	2%	6	1%	5	1%	8	1%	48
ASA NORTE	0	0%	0	0%	5	2%	4	1%	2	1%	4	1%	1	0%	1	0%	17
ASA SUL	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	3	0%	7
CRUZEIRO	3	2%	0	0%	1	0%	1	0%	2	1%	0	0%	0	0%	2	0%	9
LAGO NORTE	0	0%	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	2	0%	1	0%	5
LAGO SUL	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
SUDOESTE OCTOGONAL	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	2
VARJAO	0	0%	1	0%	2	1%	0	0%	0	0%	1	0%	2	0%	1	0%	7
SUDOESTE	23	13%	35	15%	52	18%	59	18%	56	16%	85	19%	102	17%	105	17%	517
AGUAS CLARAS	3	2%	2	1%	3	1%	4	1%	3	1%	2	0%	3	1%	5	1%	25
RECANTO DAS EMAS	4	2%	6	3%	6	2%	18	5%	11	3%	14	3%	29	5%	17	3%	105
SAMAMBAIA	9	5%	11	5%	13	4%	13	4%	20	6%	26	6%	32	5%	42	7%	166
TAGUATINGA	7	4%	16	7%	30	10%	22	7%	17	5%	38	9%	31	5%	34	5%	195
VICENTE PIRES	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	5	1%	5	1%	7	1%	7	1%	26
EM BRANCO	56	31%	95	40%	105	36%	132	40%	127	37%	155	35%	203	34%	251	40%	1124
Total	183		239		295		334		345		439		592		629		3056

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

5.2 Estudo qualitativo

Os resultados serão apresentados em dois momentos. Inicialmente serão descritas as características das UBS e dos participantes do estudo, e em seguida, as categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas, as quais foram definidas, atendendo os critérios de exaustividade, homogeneidade e exclusividade (Bardin, 2011).

5.2.1 Caracterização das UBS e participantes do estudo

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram contempladas para o estudo, quatro UBS, sendo duas na região administrativa do Paranoá e duas na região administrativa de São Sebastião. As unidades contempladas nos critérios de inclusão foram UBS 1 Paranoá, UBS 8 Paranoá, UBS 1 São Sebastião e UBS 2 São Sebastião.

As características das unidades básicas de saúde seguiram especificidades como rural e urbana; tipologia 1 e 2; maior e menor número de notificações. Além disso, todas as unidades contempladas são compostas por equipes de estratégia de saúde da família. Duas unidades básicas de saúde participaram do processo de expansão das eSFs no Distrito Federal com a mudança de algumas equipes que atuavam como atenção básica no modelo tradicional para ESF. O quadro 3 explicita a característica de cada unidade contemplada.

Quadro 3: Unidades básicas de saúde selecionadas para o estudo, segundo características utilizadas para inclusão. Distrito Federal, 2021.

Unidade Básica de Saúde (UBS)	Características
UBS 8 Paranoá	Rural Tipo I Território adscrito de 3.500 pessoas Atuação como eESF desde o início Quantitativo menor de notificações de sífilis gestacional e congênita
UBS 2 São Sebastião	Urbana Tipo I Território adscrito de 8.000 pessoas Atuação como eESF desde o início Quantitativo menor de notificações de sífilis gestacional e congênita
UBS 1 Paranoá	Urbana Tipo II Território adscrito de 40.000 pessoas Atuação com equipes tradicionais e após 2017 mudança para ESF em todas as equipes.
UBS 1 São SEBASTIÃO	Urbana Tipo II Território adscrito de 40.000 pessoas Atuação com equipes tradicionais e após 2017 mudança para ESF em todas as equipes.

Fonte: Elaboração própria.

Foram realizadas 16 entrevistas, envolvendo quatro médicas de família e comunidade, quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, sendo um técnico do gênero masculino e três do gênero feminino; e quatro agentes comunitárias de saúde (ACS).

Dentre os dezesseis entrevistados, 11 possuem mais de dez anos de atuação na APS da Região Leste do Distrito Federal e cinco estão atuando menos de 10 anos neste nível de atenção e nesta Região de Saúde.

Já 11 relataram ter participado de capacitações que envolveram a temática do modelo de estratégia de saúde da família e oito participaram até o ano de 2019 de capacitações que tinham sífilis gestacional e congênita como tema principal. Destes, todos os ACS relataram capacitação em ambas as temáticas e todos os técnicos em enfermagem negaram ter recebido capacitação em sífilis congênita e gestacional. Apenas uma profissional médica relatou ter recebido capacitação em sífilis e duas enfermeiras receberam capacitação em ambos os assuntos.

5.2.2 Análise de conteúdo, modalidade temática

Os entrevistados mostraram clareza e entendimento dos assuntos abordados. Após transcrição e releitura das entrevistas emergiram duas grandes categorias denominadas de “Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita” e “APS no Distrito Federal”, as quais foram subdivididas em quatro subcategorias, conforme a figura 19.

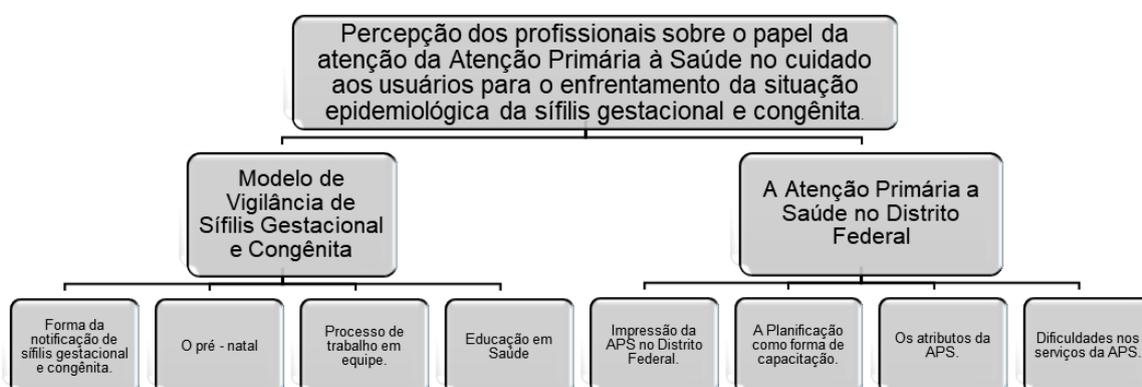


Figura 19: Esquema das categorias e subcategorias temáticas. Distrito Federal. 2021
Fonte: Elaboração própria

5.2.2.1 Categoria Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita

Conforme referido anteriormente, cada categoria foi dividida em quatro subcategorias, as quais representam conteúdos pertinentes nas falas dos entrevistados e que possuem importância na construção da temática estudada. Na categoria “Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita” esteve presente temas envolvendo forma de notificação; pré natal; processo de trabalho em equipe e educação em saúde. Já na categoria “A

Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal” surgiram temáticas como a impressão da APS no DF, a planificação como forma de capacitação, os atributos da APS e as dificuldades nos serviços de Atenção Primária.

Na categoria do “Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita” ficou evidente que em relação à forma de notificação de sífilis gestacional e congênita, 14 participantes identificaram a forma de notificação centralizada na enfermeira da equipe de saúde da família, sendo que três das quatro enfermeiras trouxeram dificuldade de preenchimento da ficha de notificação no sistema SINAN *online*, forma atual de notificação. Situação presente na seguinte fala:

“...Agora pra mim é mais chato esse SINANNET, porque antes era só no papel...a gente notificava no papel e enviava para a vigilância epidemiológica e agora tem que digitar um monte de coisa e às vezes não entra. O que eu faço...escrevo no papel, anoto no papel todos os dados do paciente e depois eu digito no sistema...”
(E1 da equipe Sol da UBS Terra)

Na subcategoria “O pré natal”, os participantes trouxeram a prevenção a sífilis como conteúdo em suas falas; três dos quatro agentes comunitários de saúde deixaram clara a diminuição desse tipo de abordagem com os usuários, conforme explicitado na fala da ACS4 da equipe Alpha da UBS Júpter:

“...elas não estão se prevenindo e eu acho que a saúde da família tá deixando a desejar nessa parte de prevenção e elas acham que é preservativo para evitar só gravidez e não tá usando...”

A equipe de saúde da família Messier da UBS Mercúrio, com características de unidade de saúde rural, relatou a prevenção como principal ferramenta de atuação para o menor número de casos de sífilis gestacional

e congênita no período de 2012 a 2019. Na fala da M3 desta mesma equipe ficou perceptível essa estratégia como prioritária:

“...eu acho que o mais importante nosso aqui não é nem notificar. É o trabalho feito antes. A prevenção pra já não ter a doença, entendeu?”

Ainda na subcategoria “O pré natal”, dentre os 16 participantes, 10 identificaram dificuldade em abordar o parceiro no manejo de sífilis gestacional, trazendo nas falas a delicadeza em abordar infecção sexualmente transmissível nas relações conjugais. O conteúdo desta subcategoria mostrou a percepção dos servidores do acompanhamento ampliado da gestante. Uma das TE2 da equipe Mimososa da UBS Marte entrevistadas trouxe a dificuldade de término de tratamento devido a abordagem ao parceiro:

“...a gente já teve de fazer três buscas ativas pra mesma pessoa, mas ela alegava que realmente era o medo do parceiro, ela não tinha coragem de falar...acabou que ela aceitou e depois a gente terminou o tratamento.”

Na subcategoria “pré natal” também surgiram em 14 falas a realização do teste rápido como identificação diagnóstica e manejo da doença, trazendo a estratégia como principal na identificação precoce e oportunidade de tratamento. A M1 da equipe Sol da UBS Terra, UBS detentora do maior número de casos no período estudado, traz em sua fala o exemplo da importância desta estratégia:

“ Eu acho que a gente tem muita facilidade porque temos acesso aos testes rápidos. Detectou e já inicia o tratamento. O teste rápido coloca na nossa mão, né? Uma ferramenta de detecção precoce.”

Ainda nesta subcategoria a busca ativa das mulheres, as respectivas parcerias e os recém nascidos, que necessitam do cuidado da eESFs, apareceu em nove falas dos participantes, sendo presente em três dos

quatro ACS com a dificuldade da realização dessas buscas ativas devido informação errônea dos dados de identificação do próprio usuário, como a identificação do endereço:

“...aí muitas vezes a gente fica ligando na casa, número de telefone errado e pronto, perdeu a mulher, a mulher sumiu e não adiantou nada o serviço todo que a gente teve.”

(ACS1 da equipe SOL da UBS Terra)

“convocar parceiro, apresentar dados de telefone correto, endereço correto...acho que isso tem mais dificuldade

(M4 da equipe Alpha da UBS Júpter)

Já a expressão sobre o processo de trabalho em equipe, foi unânime em todos os participantes a comunicação satisfatória entre os membros da equipe. Esta fala da TE 2 da equipe Mimosa da UBS Marte de saúde exemplifica a comunicação entre a equipe e o cuidado à usuária portadora de sífilis gestacional:

“ Tranquilo...como a enfermeira faz primeiro, ela já marca a primeira consulta e faz os testes e fala para gente, né?

- Ah! Essa gestante tem que ter muito cuidado!

É tranquilo, as meninas da equipe são bem tranquilas também!”

(TE2 da equipe Mimosa da UBS de Marte)

A presença das falas que envolveram os processos de educação em saúde trouxeram o conteúdo da dificuldade de realização dos momentos de conversa com a comunidade, como a TE1 da equipe Messier da UBS Mercúrio:

“a gente não conseguiu mais fazer esse tipo de trabalho que a gente chegou a fazer. Na nossa comunidade possui muitos alojamentos de

trabalhadores, a gente fazia palestra sobre isto, sobre sífilis e a gente não consegue mais...”

Outra participante, A1 da equipe Sol na UBS Terra trouxe com muita pertinência a dificuldade de abordagem com o parceiro:

*“...a gente tratou a gestante e depois o parceiro disse que não ia tratar. – Você não vai tratar por que?
- Porque doi.
...pronto, acabou. Parceiro não tratou e acho que ele mudou de território”.*

5.2.2.2 Categoria Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Em relação às subcategorias referentes a APS no Distrito Federal a impressão sobre a APS variam entre elogios como “boa”, “melhorando”, “muito recurso”, “interessante”, “organizada” e “diversificada”, e críticas como “complicada”; “desenho lindo, mas disfuncional” e “desestruturada”.

*“...então, eu acho que o desenho da atenção primária é lindo, é maravilhoso! Mas eu achei um pouco disfuncional, às vezes são pequenas coisas que poderiam ser corrigidas, mas para isso quem está na base precisa ser ouvida, eu acho que a gente não é ouvido.”
(E4 da equipe Alpha da UBS Júpiter)*

*“aqui a gente não consegue fazer a atenção primária, estratégia de saúde da família do jeito que deveria ser, a gente tem mais dificuldades com recursos humanos, né? Eu acho que é o número reduzido de agente comunitário de saúde.”
(M1 da equipe Sol da UBS de Marte)*

Importante também destacar o surgimento nas falas de três entrevistadas da dificuldade da população, de compreensão da comunidade com a mudança de modelo. Essas falas foram pertinentes nas UBS com maior número de casos encontrados no estudo quantitativo e UBS que apresentaram equipes com mudança de modelo de atuação da atenção básica para a estratégia de saúde da família.

“ Os pacientes assim, também, demoraram muito a se adaptar...até hoje em dia chega...”- eu quero consultar com ginecologista”. Eles não entendem direito...”

(E2 da equipe Mimosa da UBS Marte)

“...as pessoas ainda tem dificuldade...chega e pergunta onde é a sala do adolescente...”

(TE2 da equipe Mimosa da UBS Marte)

Na subcategoria “planificação como forma de capacitação” que envolveu assuntos sobre estratégia de saúde da família, mais da metade dos entrevistados que estão na APS do DF, há mais de 10 anos, trouxeram a planificação como capacitação importante para a mudança do modelo de atenção da atenção primária. No entanto, cerca de 60% dos participantes que sempre atuaram em equipes de saúde da família no DF e/ou que ingressaram na SES/DF no período de ampliação da ESF não se reconhecem como participantes deste processo. Como nas falas do TE3 e E1:

“ Na verdade eu nem participei, né,...assim, a gente tá esperando ainda. Não vi essa mudança ainda...”

(TE3 da equipe Messier da UBS Mercúrio)

“Eu na verdade nessa época da mudança de modelo eu já trabalhava no Centro de Saúde que só tinha saúde da família então eu não vivenciei muito isso...”

(E1 da equipe Sol da UBS Terra)

A subcategoria dos “atributos da atenção primária” trouxe a ampliação do primeiro contato como marcante após as mudanças ocorridas na APS no ano de 2017. A fala de que o aumento do número de equipes de estratégia de saúde da família aumentou a oportunidade de atendimento principalmente na forma de demanda espontânea, esteve presente:

“ O acesso era ruim, o pessoal tinha que acordar na segunda feira, tipo 4 horas da manhã pra descer pra pegar senha para ter atendimento durante a semana. Era só assim, aí, depois mudou. Você pode marcar consulta qualquer dia, qualquer horário.”

(M4, equipe Alpha da UBS Júpiter)

“...o paciente entrou na unidade ele consegue ter um serviço diversificado, né? Não vem só para uma consulta, aqui ele consegue fazer diversos tipos de atendimento, tanto de exame quanto de medicação, né?”

(TE4 da equipe Alpha da UBS Jupter)

Ao trazerem à tona o atributo “acesso” alguns participantes, sendo dois ACS e duas enfermeiras destacaram o conteúdo de que o maior número de casos de sífilis na gestação pode ser pela maior descentralização da APS com as eESFs realizando as notificações.

“ Na minha opinião porque aumentou o número de casos de sífilis gestacional e congênita...eu acho porque igual a gestante...ela chegou aqui na primeira consulta a gente já faz todos os testes se agente dá acesso para elas, claro que a gente vai descobrir se elas têm sífilis ou não, né?”

(E1 da equipe Sol da UBS Terra)

Ainda dentro da subcategoria dos atributos da APS, seis participantes trouxeram a longitudinalidade, a integralidade e o acesso como fatores contribuintes para a resolutividade da APS. Metade dos participantes relatou a ESF como modelo de maior vínculo com o usuário. Profissionais de

categorias diferentes relataram explicitamente apontamentos diversos sobre a mudança de modelo:

“ para gente ficou muito bom esse vínculo com o paciente”.

(TE3 da equipe MessierI na UBS mercúrio)

“a população estava mais próxima do posto, então tinha uma procura maior.”

(ACS 4 da equipe Alpha da UBS Júpter)

Com relação à subcategoria “dificuldade nos serviços da APS”, oito identificaram a APS com dificuldade de infra estrutura e recursos humanos e cinco integrantes do estudo relataram a sobrecarga da APS com amplitude de carteira de serviços

“ O primário o que a gente tá fazendo aqui, o básico, que é a prevenção a gente faz, né?...mas a gente não tem nada de informatização...muita dificuldade”

(TE3 da equipe Messier da UBS Mercúrio)

“a gente percebe que teve uma descentralização de alguns serviços que vieram para a atenção primária, mas não tem pessoal suficiente, então acaba que a atenção primária deu uma sobrecarga”

(TE4 da equipe Alpha da UBS Júpter)

6. Discussão

A sífilis gestacional e a congênita são agravos de grande impacto na saúde pública com comprovação direta nos boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde. Acompanhando os dados nacionais, os dados no DF não se mostraram diferentes na série temporal analisada, com as maiores taxas e alguns números absolutos nos dois últimos anos, como apresentado no boletim epidemiológico do MS no ano de 2018 (Brasil, 2018).

O ano de 2017 é o marco temporal para a mudança de critério diagnóstico de sífilis gestacional e congênita trazido pelo Ministério da Saúde, além de ser o ano de modificações no modelo da APS no DF, com implementação de portarias como a 77 e 78 que estabelecem a estratégia de saúde da família como modelo prioritário na capital federal provocando aumento percentual de cerca de 20 % para próximo a 50% da cobertura de estratégia de saúde da família no ano de 2018 (Correa et al, 2019). Assim, ao mesmo tempo em que se teve aumento no número de equipes de ESF, houve um aumento da sensibilidade no critério diagnóstico da sífilis gestacional e congênita. Como descrito nas falas de alguns profissionais da Secretaria de Saúde entrevistados neste estudo, a ampliação das equipes pode ter auxiliado na identificação maior dos casos de sífilis.

O banco de dados do Sinan apresentou completude excelente para as variáveis idade materna, realização do pré natal e testagem materna. Já as variáveis como escolaridade materna, titulação materna e titulação periferica do paciente apresentaram completude regular. As variáveis de interesse se assemelharam entre os bancos de dados de sífilis gestacional e congênita, principalmente nas variáveis com características maternas. Variável como idade; raça/cor e escolaridade da mãe estão presentes em ambos os bancos de dados. Em estudo realizado no estado de São Paulo no período de 2007 a 2017, o qual avaliou a completude do banco de sífilis gestacional no SINAN, os dados encontrados foram semelhantes aos encontrados no Distrito

Federal, com classificação regular da variável escolaridade e excelente para a variável raça/cor em ambos os estudos (D', Oliveira, 2019). O preenchimento das informações nas fichas de notificação sempre foi um desafio para os serviços de saúde, no estudo produzido em Minas Gerais sobre os registros dos casos de sífilis congênita entre os anos de 2007 a 2015 traz a completude da variável escolaridade também como regular e discute a possibilidade de que mesmo que se tenha a prerrogativa de que todos os campos devam ser preenchidos, os mecanismos dos sistemas de informação a saúde que reforçam essa obrigatoriedade atingem apenas alguns campos como obrigatórios (Alvares et al, 2015).

Os formulários de notificação possuem, em sua maioria, as variáveis como preenchimento essencial, ou seja, são necessárias à investigação do caso, de sua cadeia epidemiológica e para o cálculo de indicadores epidemiológicos ou operacionais. O volume de dados para preenchimento, somados à ausência da obrigatoriedade no momento da digitação das informações, concorre para a falta de preenchimento ou pela opção de informação ignorada por parte dos profissionais de saúde (Brasil, 2020), o que vem ao encontro do relato de alguns entrevistados neste estudo.

No banco de sífilis gestacional foi possível identificar melhora da completude ao longo da série histórica, perfil semelhante ao resultado encontrado em estudo dessa variável no banco de dados do SINASC no estado do Paraná no período de 2000 a 2005 (Silva et al, 2011).

Ao se discutir a série histórica em relação às taxas de detecção de sífilis gestacional e prevalência de sífilis congênita, ambas apresentaram semelhança com o aumento das respectivas taxas, principalmente nos últimos três anos da série estudada. Tal resultado vai ao encontro da informação do Ministério da Saúde no boletim epidemiológico do ano de 2018, associando a possibilidade do aumento de casos devido à mudança do critério de definição de caso dos agravos estudados (Brasil, 2018). Diferente ao encontrado em âmbito nacional, essas mesmas taxas apresentaram aumento no ano de 2019 no Distrito Federal, com valores máximos neste ano, quando nacionalmente teve-se redução de 3,3% em relação ao ano anterior (Brasil, 2020). Os dados

podem significar ainda o resultado da ampliação da oportunidade diagnóstica deste agravo, com maior acesso da população aos serviços de atenção primária que realizam a testagem para identificação diagnóstica, assim como ampliação da vigilância da sífilis gestacional e congênita com a descentralização dessas ações para a ESF.

Algumas características sociodemográficas destacaram-se em ambos os bancos. Houve o predomínio da idade materna entre 20 a 29 anos, tanto na sífilis gestacional como congênita, resultado também encontrado em estudo de prevalência em Maringá, em 2016 (Ramos et al, 2018), o que demonstra ser a sífilis uma doença que acomete população jovem e com necessidade de desenvolvimento de estratégias que envolvam educação em saúde para esse público-alvo, sobre as infecções sexualmente transmissíveis, assim como o impacto positivo de realização do pré natal para o acompanhamento adequado nos casos de infecções na gestação. A escolaridade materna é uma característica de grande importância, sendo discutida nos estudos descritivos que envolvem série histórica de casos de sífilis gestacional e congênita. O resultado encontrado não se distancia do dado apresentado em um estudo transversal no período de 2006 a 2017, com os dados nacionais obtidos do SINAN, em que foi possível encontrar o maior número de gestantes entre aquelas que cursaram entre a quinta e oitava série do ensino fundamental (Bottura et al, 2019) Já em relação à raça/cor as mulheres e mães auto referiram-se como cor parda na maioria dos casos, em conformidade com os dados nacionais, de indicadores de sífilis gestacional e congênita no Ministério da Saúde, no ano de 2019. Dessa forma, é possível caracterizar a mulher gestante com diagnóstico de sífilis no Distrito Federal no período analisado, como jovem, parda e com baixa escolaridade, o que foi encontrado em estudo prévio na capital do país no ano de 2013, por Magalhães. A autora comenta que a sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico. Apesar da sífilis não ser uma doença restrita às camadas menos favorecidas, a pouca escolaridade e baixa renda podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde. Assim,

a assistência pré-natal inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis nessa população (Magalhães et al, 2013).

Em consonância com os dados demográficos encontrados neste estudo temos como referência a importante coorte de nascimentos no ano de 1982 a 2004-5, em Pelotas-RS, o qual mostra maior número de mães acompanhadas com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico. De forma geral, o nível de educação dos pais esteve associado com a situação financeira de 1982 – aqueles que não eram pobres e pioraram a situação econômica tinham melhor nível educacional do que os que eram pobres e depois deixaram de ser. (Barros et al, 2008)

Ainda na mesma temática da relação da sífilis gestacional e congênita e a vulnerabilidade, a discussão do número de casos de sífilis gestacional e congênita e distribuição por região administrativa do Distrito Federal permitiu a identificação do maior quantitativo de sífilis gestacional e congênita em regiões administrativas com índice de vulnerabilidade social (IVS) alto como Ceilândia e Planaltina, segundo o Plano Diretor de Ordenamento Territorial no ano de 2019 (Distrito Federal, 2020). O plano traz o IVS calculado a partir da pesquisa de amostra domiciliar produzida pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) utilizando dimensões como infraestrutura e ambiência, capital humano, renda e trabalho e habitação (Distrito Federal, 2020).

Quando se descreve a variável de temporalidade da identificação diagnóstica da sífilis gestacional e congênita por trimestre no pré natal, na sífilis gestacional encontrou-se o resultado de identificação diagnóstica no terceiro trimestre e o diagnóstico de sífilis congênita no momento pré natal, informação semelhante à encontrada em uma análise epidemiológica e espacial de sífilis gestacional e congênita no Maranhão (Conceição et al, 2019). O diagnóstico da infecção no terceiro trimestre gestacional é considerado tardio e pode estar relacionado ao início tardio do pré-natal nas gestantes, assim como às baixas sensibilidade e efetividade da assistência pré-natal ofertada. Resultados parecidos a esse foram encontrados em outros estudos (Barbosa et al, 2017 e Cavalcante et al, 2017). Assim, há a

necessidade de maiores discussões sobre a oferta do pré natal em tempo precoce e oportuno, associando também, as ações de manutenção dos serviços no pré natal regular na tentativa de tratamento adequado e efetivo da sífilis gestacional e conseqüentemente redução da sífilis congênita.

Em relação ao tratamento estabelecido para as mulheres com sífilis gestacional no banco de sífilis congênita, em todos os anos da série histórica a forma inadequada de tratamento foi predominante como nos estudos de Moreira et al., 2017 (Moreira et al, 2017). A forma inadequada de tratamento inclui a não aplicação das doses corretas do antimicrobiano, assim como tratamento iniciado nos últimos 30 dias pré parto, mostrando novamente a necessidade de acompanhamento regular no pré natal, momento imprescindível para intervir no tratamento proposto. Já no banco de sífilis gestacional, o predomínio do esquema terapêutico foi para sífilis terciária latente tardia, podendo relacionar-se esse dado com a dificuldade de identificação adequada da fase clínica da sífilis como informado no estudo de Cavalcante et al em Palmas. (Cavalcante et al, 2017).

Todos os dados discutidos até o momento quantificam os usuários submetidos às ações de saúde, no caso do estudo, mulheres e crianças que participam da linha de cuidado materno infantil. Dessa forma, os serviços de saúde estão diretamente relacionados aos resultados apresentados e a forma de organização de cada unidade de saúde e sua rede possuem impacto nos números apresentados. Teixeira et al, em estudo sobre perfil epidemiológico de crianças com sífilis congênita realizado na Bahia destaca a assistência pré natal como fator determinante para o controle do casos de sífilis congênita (Teixeira et al, 2015).

Destaca-se que os óbitos por sífilis congênita refletem a atuação dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, iniciando-se pela identificação e acompanhamento do agravo no pré natal na atenção primária até o acompanhamento do parto em ambiente hospitalar. Como apresentado no manual de vigilância do Ministério da Saúde, o óbito por sífilis congênita é evitável e dependente da atuação dos serviços de saúde (Brasil, 2020). No

presente estudo, a mortalidade de sífilis congênita apresentou-se crescente juntamente com as taxas de prevalência de sífilis congênita até o ano de 2016, sendo divergente o crescimento do número de casos e a queda da mortalidade nos anos de 2017 e 2018 e de novo o aumento no ano de 2019, podendo ter relação com a maior oportunidade de identificação de testes diagnósticos já descritos. Diante dessa interface entre os dados apresentados e a forma de organização dos serviços de saúde, o estudo qualitativo permitiu conhecer e entender o olhar dos atores diretos da prestação de serviços às mulheres e recém nascidos deste estudo.

Os resultados encontrados nas entrevistas corroboram o levantamento histórico em relação à mudança de modelo de atuação da APS no Distrito Federal, contendo uma variação do modelo de atenção denominado modelo tradicional e ESF. Equipes que atuavam em um formato “tradicional” com profissionais de cada especialidade como clínica médica, ginecologistas e pediatras realizando atendimentos médicos, além de equipe de enfermagem atuando nos locais específicos como “sala da criança”, “sala da mulher”, “sala da vigilância”, dividiam espaço físico e político com equipes que atuavam com abordagem integral baseada na demanda do território, as equipes de ESF. Gottens traz em sua tese de doutorado, no ano de 2010, um estudo da análise política da APS da capital federal no período de 1979 a 2009 e descreve de forma clara os acontecimentos políticos em paralelo ao desenvolvimento deste nível de atenção no sistema de saúde do DF (Gottens, 2010).

Ao distinguir-se as duas categorias na análise de conteúdo das entrevistas foi possível verificar como o servidor é consciente em entender que a operacionalização do modelo de vigilância de sífilis gestacional e congênita sofre interferência do formato de atuação da APS. Com a predominância dos conteúdos envolvendo a sífilis gestacional e o surgimento, em poucas falas, da identificação e manejo da sífilis congênita, evidencia-se a realidade da organização do modelo de vigilância desse agravo no Distrito Federal, como está descrito no Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2020/2024 da SES/DF, ainda em processo de implementação nesta Secretaria Estadual de Saúde; o qual descreve a APS como protagonista nas

ações de manejo e notificações de sífilis gestacional e as maternidades e casa de parto como atores principais na identificação da sífilis congênita e acompanhamento compartilhado com a APS dos casos identificados (Distrito Federal, 2020).

No ano de 2018, o Ministério da Saúde publicou o Boletim Epidemiológico 45 com os dados específicos da Sífilis e traz em sua introdução a informação *“Na última década, no Brasil, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos.”*, reforçando mais uma vez o conteúdo da subcategoria “forma de notificação de sífilis gestacional e congênita”, presente na fala de uma das enfermeiras da unidade - que o número maior de notificações pode estar associado a maior oportunidade de diagnóstico devido ao acesso pré natal de forma precoce, assim como o teste rápido para identificação diagnóstica. Foi destacado, em outras falas, no entanto, as dificuldades para a realização da notificação, o que pode explicar os problemas identificados no preenchimento das variáveis.

As subcategorias como o pré-natal e os processos de trabalhos internos das equipes de saúde da família encontradas neste conteúdo, são relatadas no estudo de Toldo, et al em 2018, que discute um dos principais fatores de risco para sífilis congênita está no manejo inadequado do pré natal como a aplicação dos testes sorológicos em período fora do preconizado (1º e 3º trimestres) e a leitura equivocada dos testes sorológicos (Toldo et al. 2018). O conteúdo nas falas sobre aplicação de teste rápido e a execução dos mesmos em momento de abertura de pré natal mostra como o serviço da APS no Distrito Federal está organizado de forma preconizada pelos protocolos de pré-natal (Brasil, 2012). Logo, é necessário avançar na discussão com os profissionais de saúde quanto à qualificação na oferta do teste rápido, pois mesmo que esteja acessível necessita ser garantido em tempo oportuno com o intuito de diminuir o número maior de casos de sífilis gestacional identificados no terceiro trimestre, como foi evidenciado no estudo epidemiológico.

Ao se questionar a oportunidade dos servidores em participar de capacitações verificou-se que essas possuem alcance não uniforme entre os profissionais e com periodicidade variável, o que vem ao encontro com que Beck et al et al, em 2018 traz em seu estudo ao escrever que:

“essa persistência da sífilis congênita como um problema de saúde pública pode estar relacionada à falta de percepção dos profissionais de saúde de que a sífilis na gestação e congênita podem gerar graves consequências para a mulher e seu concepto” (Beck et al, 2018, pg 21),

Beck, neste mesmo estudo envolvendo “Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita” traz a informação de que para promover a melhoria da realidade de sífilis congênita, os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, devem participar ativamente de atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença (Beck et al, 2018).

O diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva, captando as gestantes e iniciando precocemente o pré-natal e proporcionando uma assistência de qualidade, esteve presente na fala de todos os componentes da equipe da UBS Mercúrio, sendo esses selecionados no estudo por baixo número de notificações. A atuação preventiva da APS esteve na fala dos agentes comunitários de saúde, demonstrando a necessidade dessa forma de atuação da APS para a possibilidade de diminuição do número de casos.

Ainda sobre as subcategorias que envolvem a temática do modelo de vigilância da sífilis gestacional e congênita, Beck et al, 2018, descreve que a ausência ou baixa cobertura de programas de prevenção, assim como a existência de barreiras de acesso ao pré-natal e toda a estigmatização em torno das infecções de transmissão sexual, podem ser fatores relacionados com a permanência da sífilis congênita. Tal conteúdo esteve presente nas falas dos entrevistados, resultando na criação de subcategorias como “o pré-natal e educação em saúde. Corroborando com Beck, as falas dos

entrevistados trouxeram a dificuldade de comunicação com o parceiro por se tratar de uma doença com transmissão sexual.

Transitando pela categoria “A Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal” foi perceptível o conhecimento dos servidores da importância da Atenção Primária como o primeiro nível de atenção de saúde, no entanto a fala das críticas foi predominante com o enfoque nas dificuldades de atuação, utilizando o modelo de estratégia de saúde da família.

As impressões da APS relatadas pelos entrevistados, quando analisadas de forma mais minuciosa, mostram uma divisão entre as impressões positivas e críticas negativas, no entanto, os entrevistados ao relatarem qualidades como “forte”; “muito recurso”; “diversificada” e “organizada” como características da ESF no DF, exemplificam-na como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica como trazidas por Pinto LF et al em 2019 (Pinto L.F et al, 2019).

Importante realçar o entendimento dos servidores quanto aos encontros da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal como a principal forma de capacitação da estratégia de saúde da família, onde realmente encontraram suporte para o entendimento do funcionamento do modo de atuação da estratégia de saúde da família. A planificação da linha de cuidado dos pacientes com hipertensão e diabetes trouxe já em 2018, na publicação Conass Documenta, avanços como a implantação de processos na APS como normatização do acolhimento, identificação de vulnerabilidade familiar como a classificação de risco das famílias, estratificação de risco e melhora do cadastramento dos usuários (Conass, 2018).

Os servidores trazem os atributos da APS presentes em suas falas, de forma não conceitual, mas vivenciada ao relatar sobre primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, prevenção e vínculo ao usuário. Tasca em seu artigo no ano de 2019, “Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil” descreve os momentos de variação dos modelos de atuação do DF, com enfoque maior na expansão da ESF ocorrida no ano de 2017. O autor comenta que um dos problemas estruturais da APS brasileira está na dificuldade do

reconhecimento e incorporação dos atributos da APS desde os serviços que a compõe até os níveis mais altos de gestão (Tasca et al, 2019). Ainda em relação a esta subcategoria - os atributos da APS - servidores trouxeram o maior vínculo ao usuário com o aumento do número de equipes de estratégia de saúde da família, relatando de forma intrínseca a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

O conteúdo da fala dos servidores ao trazerem o acesso como importante ferramenta para a identificação precoce dos casos de sífilis gestacional e congênita e principal estratégia de porta de entrada em unidade básica de saúde, expressa o conceito verdadeiro de que APS é a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, como dito pela autora Starfield. (Starfiel et al, 2002).

Por fim, em relação aos atributos da APS, a coordenação do cuidado foi trazida à tona pelos entrevistados, como ferramenta de resolutividade na APS ao utilizar o modelo de estratégia de saúde da família como modelo de atenção, assim como Fonseca H.L.P (2019) citou como um dos objetivos principais da reforma sanitária do DF, iniciada em 2016 e concretizada em 2017-2018, o aumento da resolutividade da APS através da expansão da estratégia de saúde da família (Fonseca, 2019).

Já em relação à última subcategoria “dificuldades dos serviços da APS”, a sobrecarga mostrou-se presente por meio de relatos de críticas à extensa carteira de serviços e dificuldade para cumpri-la, contradizendo Tasca (2019) que traz a ampliação da carteira de serviços da APS como forma de qualificação e melhora da resolutividade (Tasca 2019).

Destaca - se a importância do conteúdo da subcategoria das dificuldades nos serviços da APS relatando o aumento das atividades a serem realizadas pelas equipes de ESF incluindo as ações de vigilância. Em publicação no ano de 2017, Sellera et al, traz em seu artigo a necessidade de ampliação da atenção básica no Distrito Federal associada ao incentivo das ações de promoção e prevenção, bem como a manutenção dos processos de vigilância em saúde com o objetivo de identificar e proporcionar controles e ações adequadas às necessidades da população do DF. (Sellera, et al. 2017).

Tal publicação mostra o incremento das ações às equipes de ESFs, estando presente nas falas de sobrecarga nos serviços da APS.

O estudo qualitativo permitiu evidenciar a forma de atuação dos serviços de saúde pública da Atenção Primária do DF, utilizando o modelo de vigilância da sífilis gestacional e congênita. Servidores evidenciaram, nos conteúdos de suas falas, fatores importantes e essenciais, para qualificação das ações voltadas ao pré natal, com possibilidade de influência direta na redução do número de casos de sífilis gestacional e congênita.

O presente estudo traz algumas limitações como a utilização de dados secundários no estudo quantitativo dos casos associada à qualidade regular para algumas variáveis como a escolaridade materna em ambos os bancos de dados. Além disso, ainda não foi possível relacionar os bancos para possível análise de correlação entre os registros de sífilis gestacional e congênita.

A literatura traz-nos poucas referências com associação direta entre o aumento do número de equipes de estratégia de saúde da família e a redução do número de casos de sífilis gestacional e congênita. Helena et al, (2012), mostrou em estudo que não há diferenças entre o pré natal realizado pela equipe ESF e o pré natal ofertado por outras organizações de serviço, como o atendimento ambulatorial (Helena et al, 2012), em relação aos desfechos da sífilis. Já o estudo de Nunes, et al, (2018), em que o autor estuda a relação entre cobertura de estratégia de saúde da família e sífilis gestacional e congênita, no período de 2007 a 2014, no estado de Goiás, encontrou correlação positiva entre percentual de cobertura da ESF e o número de casos de sífilis gestacional e congênita, na maioria dos anos estudados. Não se identificou redução de sífilis congênita nos municípios com maiores coberturas de ESF (Nunes et al, 2018).

O ano de 2017 foi protagonista das duas etapas da pesquisa, sendo marcante na mudança de critério diagnóstico de sífilis gestacional e congênita em nível nacional, ao mesmo tempo que ganhou destaque na organização dos serviços de saúde da capital federal com mudança de modelo da APS, estabelecendo a ESF como modelo de organização da Atenção Primária.

A descrição dos dados dos registros de sífilis gestacional e congênita associados à impressão dos profissionais de saúde ligados diretamente às ações práticas do cuidado às portadoras e portadores de sífilis gestacional e congênita constituiu caráter inédito do estudo. A importância da qualificação dos serviços da APS a partir de indicadores, como a sífilis congênita, que é indicador sentinela de qualidade do pré natal, a partir das perspectivas dos servidores da SES/DF e dos dados específicos do Distrito Federal, trouxe potencial para a ampliação das discussões de melhorias dos serviços do DF. A potencialidade da ESF de atuar com o território ganha destaque como papel importante na organização da rede de serviços, comunicação intersetorial com a rede de atenção social e integração com a comunidade. Dessa forma, estratégias de fortalecimento da APS, como a realizada no Distrito Federal, com maior destaque para o biênio 2017 e 2018, são promissoras para a construção social no enfrentamento a essa doença de grande impacto na saúde pública. O estudo trouxe a possibilidade de mostrar ao gestor as dificuldades e potencialidades, trazidas pelos próprios profissionais de saúde, que contemplam a participação ativa deste profissional nas construções dos processos de melhoria da assistência a saúde.

Os desafios dos enfrentamentos ao controle da sífilis gestacional e erradicação da sífilis congênita, no entanto, são grandiosos, não sendo específicos apenas ao modelo de atenção aos serviços de saúde, mas também associados a características sociodemográficas da população em questão e às características do tecido social onde os casos estão inseridos.

6.1 Proposições

O estudo permitiu diversas reflexões sobre todas as variáveis que envolvem essa doença sexualmente transmissível. A partir dos dados e do conteúdo das falas dos profissionais foi possível identificar a necessidade de melhoria na infraestrutura das unidades básicas de saúde e dos recursos

humanos como objetivo de qualificação dos serviços principais que envolvem a assistência pré natal.

Além disso, a utilização de recursos da educação popular proporcionando uma comunicação com a comunidade mais efetiva, pode ser uma ferramenta potente de prevenção em relação a este agravo. Assim como a utilização de ações coletivas como a discussão com os conselhos de saúde locais sobre a importância do autocuidado.

A mudança na estrutura do modelo de vigilância faz refletir o incremento das ações das equipes de estratégia de saúde da família, incorporando mais uma ação na carteira de serviços da APS, sem um conjunto de capacitações específicas e incremento profissional das equipes. Logo, é possível discutir a necessidade de mais investimento na formação dessas equipes ESF com maior vinculação aos serviços de vigilância.

Importante também descrever o aumento do acesso aos serviços de atenção primária com o aumento da cobertura da estratégia de saúde da família no Distrito Federal, no entanto, o impacto da falha no tratamento traz a necessidade de discutir mais ações de qualificação deste pré natal e estratégias de melhoria da adesão e conclusão do tratamento da sífilis gestacional.

7. Conclusões

As conclusões principais do estudo foram:

- o A taxa de detecção da sífilis gestacional e a taxa de prevalência da sífilis congênita apresentaram curva ascendente durante a série histórica, de 2012 a 2019, com destaque para os dois últimos anos da série estudada. Sendo a taxa de detecção de sífilis congênita em 2018 o valor de 17,12 e em 2019 o valor de 22,83. Já para taxa de prevalência os valores dos respectivos anos foram de 13,41 e 14,85.

- o A mortalidade por sífilis congênita apresentou comportamento variável, alcançando maior taxa em 2016 com valor de 11,54 por 1.000 nascidos vivos e redução nos dois anos seguintes e elevação no ano de 2019.

- o A cobertura de ESF no Distrito Federal também apresentou crescimento no período analisado, com maior intensificação após o ano de 2017, com cobertura de 43,14% no ano de 2019.

- o A qualidade dos bancos de sífilis gestacional e de sífilis congênita apresentou-se regular para as variáveis de escolaridade e raça/cor e excelente para a maioria das demais variáveis, configurando-se uma fonte adequada para o estudo dos casos registrados.

- o A análise das variáveis sociodemográficas identifica as mulheres gestantes com sífilis gestacional e as mães das crianças com sífilis congênita como pardas e de baixa escolaridade e procedentes, em sua maioria, de territórios socioeconomicamente mais desfavoráveis do Distrito Federal.

- o A análise de conteúdo das falas dos profissionais de saúde da SES/DF permitiu a observação de duas categorias: Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita e A Atenção Primária no Distrito Federal.

- o Os profissionais de saúde do Distrito Federal entrevistados identificam a ligação entre o modelo de vigilância de sífilis gestacional e congênita e o modo de atuação da Atenção Primária; demonstram percepção

quanto à importância do pré natal para a diminuição dos número de casos do agravo em questão; e identificam a melhora do acesso dos usuários com o aumento das equipes de ESF, percebendo esse fator para a elevação do número de casos de sífilis gestacional e congênita identificados.

8. Referências:

1. Almeida, P F. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Brasília: Isags, Unasur; 2014; 8-10
2. Alvares JK, Pinheiro TM, Santos AD, Oliveira GL. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007 - 2011. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. Mar 2015;18(1):123-36.
3. Andrade AL, Magalhães PV, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. Revista Paulista de Pediatria [Internet]. 26 jul 2018; 36(3):376-81.
4. Araujo MA, Barros VL, Moura HJ, Rocha AF, Guanabara MA. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. Cadernos Saúde Coletiva [Internet]. Set 2014; 22(3):300-6.
5. Avelaira JC, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. Mar 2006; 81(2):111-26.
6. Barbosa DRM, Almeida MGD, Silva AO, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Rev. Enfer. UFPE. 2017; 11(5):1867-1874.

7. BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
8. Barros FC, Victora CG, Horta BL, Gigante DP. Metodologia do estudo da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. Revista de Saúde Pública. 2008 Dec;42(suppl 2):7–15
9. Beck EQ, Souza MH. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 4 jun 2018; 10(Especial):19-24.
10. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PS, Amaral CM, Barbosa LG. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016 / Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil – from 2007 to 2016. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [Internet]. 17 jun 2019; 64(2):69-75.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DCCI/SVS/MS | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis;
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Operação Sinan Relatórios [texto da Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2015; Jun 01; 85-88.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas

com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT IST) [texto da Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2020; 55-110.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2005; 21-25.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019; 279 – 290.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e hepatites Virais. Boletim Epidemiológico. Volume 49. Nº 45. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018; 14-35.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor AB [Internet]. e-Gestor AB; [citado 29 set 2020]. Disponível em:
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>.
18. Cavalcante PA, Pereira RB, Castro JG, Cavalcante PA, Pereira RB, Castro JG. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 *. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. Mar 2017; 26(2):255-64.
19. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the Modern Era. Infectious Disease Clinics of North America [Internet]. Dez 2013; 27(4):705-22.

20. Guimarães, A. M. D. N.; Cavalcanti, C. B. C; Lins, Z. S. (Org). Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. CONASS Documenta, v.31. Brasília: CONASS. 2018; 241-247.
21. Corrêa DS, Moura AG, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, Gottens LB, Macinko J. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Jun 2019 24(6):2031-41.
22. Cunha CR, Harzheim E, Medeiros OL, D'Avila OP, Martins C, Wollmann L, Faller LD. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Abr 2020; 25(4):1313-26.
23. Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetrícia de Williams*. 24 ed. Porto Alegre: AMGH Editora LMTD; 2016: 78.
24. de Souza Minayo, Maria Cecília. "Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias." *Revista pesquisa qualitativa* 5.7, 2017: 1-12.
25. Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 2017; 15 fev: 4.

26. Distrito Federal. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2020/2024. 2020: 5-7.
27. Distrito Federal. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Ano 7, nº 01. Distrito Federal. 2018; 7-20.
28. D'Oliveira, Amanda Navarro. Sífilis em gestantes: qualidade dos dados e o perfil epidemiológico no estado de São Paulo. 2019. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo; 44-50.
29. Domingues CS, Duarte G, Passos MR, Sztajnbok DC, Menezes ML. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 202; 30(spe1)
30. Fernandes, R. C. S. C., P. G. C. C. Fernandes, and Talita Y. Nakata. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. DST J Bras Doenças Sex Transm 19.3/4. 2007; 157-61.
31. Fonseca HL. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Jun 2019; 24(6):1981-90.
32. Fontanella BJ, Luchesi BM, Saidel MG, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. Fev 2011; 27(2):388-94.

33. Gaspar PC, Bigolin Á, Alonso Neto JB, Pereira ED, Bazzo ML. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2021;30(spe1).
34. Goldman L, Ausiello D (editors). *Cecil Medicine*. 23rd ed. Rio de Janeiro. Saunders Elsevier. 2007; 2630-2638.
35. Göttems LB, Evangelista MD, Pires MR, Silva AF, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. Jun 2009; 25(6):1409-19.
36. Göttems LB, Almeida MO, Raggio AM, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Jun 2019; 24(6):1997-2008.
37. Guimarães TA, Alencar LC, Fonseca LM, Gonçalves MM, Da Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arquivos de Ciências da Saúde* [Internet]. 20 jul 2018; 25(2):24.
38. Hook EW. Syphilis. *The Lancet* [Internet]. Abr 2017; 389(10078):1550-7.
39. InfoSaúde – Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF [Internet]. InfoSaúde – Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF; [citado 11 ago 2021]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/>.

40. Magalhães DM, Kawaguchi IA, Dias A, Calderon ID. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. Jun 2013; 29(6):1109-20.
41. MD.Saúde [Internet]. Fotos sífilis precoce e avançada [imagens fortes] | MD.Saúde; [citado 10 fev 2022]. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/sifilis-fotos>.
42. Nonato SM, Melo AP, Guimarães MD. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. Out 2015; 24(4):681-94.
43. Oliveira, Laila Petrusca Novaes. Sífilis adquirida e congênita [tese]. Salvador-BA: Universidade Castelo Branco, 2011.
44. World Health Organization. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf.
45. Maurício Gomes Pereira. Epidemiologia teoria e prática. Rio De Janeiro Guanabara Koogan; 2017: 369.
46. Pinto LF, Mendonça CS, Rehem TC, Stelet B. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Jun 2019; 24(6): 2105-14.
47. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. Jun 2017; 27(2):255-76.

48. Ramos MG, Boni SM. PREVALÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PR. Saúde e Pesquisa [Internet]. 13 nov 2018;11(3):517.
49. Reis GJ, Barcellos C, Pedroso MD, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 6 set 2018;34(9).
50. Riley BS, Oppenheimer-Marks N, Hansen EJ, Radolf JD, Norgard MV. Virulent *Treponema pallidum* Activates Human Vascular Endothelial Cells. Journal of Infectious Diseases [Internet]. 1 mar 1992; 165(3):484-93.
51. Rodrigo, F. Guerra; Mayer Da Silva, A. Doenças transmitidas sexualmente - DTS: Dermatologia e Venerologia. Lisboa: Lidel, 2003; 45-70.
52. Rothman, Kenneth; Greeland, Sander; Lash, Timothy. Epidemiologia Moderna-3ª Edição. Rio de Janeiro, Artmed Editora, 2016: 68.
53. Sellera PEG, Moraes Neto OL, Vasconcelos AMN, Ruy MB, Moraes LFS, Santos SO dos. Panorama da situação de saúde do Distrito Federal: análise do período de 2005 a 2017. Ciência & Saúde Coletiva. 2019 Jun;24(6):2009–20.
54. Silva GF, Aidar T, Mathias TA. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no estado do Paraná, 2000 a 2005. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. Mar 2011 [citado 12 mar 2022];45(1):79-86.

55. Tasca R, Ventura IL, Borges V, Leles FA, Gomes RD, Ribas AN, Carvalho WM, Jimenez JM. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Jun 2019; 24(6):2021-30.
56. Teixeira, Marizete Argolo. "Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita no município de Jequié/Bahia." *Revista Saúde* [Internet]. 2015; 303-313.
57. Menegazzo, Luiza Silva, Mariane Kloppel Silva Toldo, and Anelise Steglich Souto. "A recrudescência da sífilis congênita. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 47.1[Internet]. 2018; 2-10.
58. Telessaúde RS-UFRGS [Internet]. 0800-644-6543 - TelessaúdeRS-UFRGS; Disponível em:<https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>.
59. Wadge, H., Bhatti, Y., Carter, A., Harris, M., Parston, G., & Darzi, A. Brazil's family health strategy: Using community health workers to provide primary care. *Commonw Fund*, 40 [Internet]. Dec 2016; 1-15.
60. Workowski, Kimberly A., and Gail A. Bolan. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports* 64. [Internet]; 1- 137.
61. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Internet] 2016: 20-23. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/97892415498>

06eng.pdf;jsessionid=FC%202CAE702284E6FF5639329D0431B524
?sequence=1

Anexo 1:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (transcrição do documento oficial)

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO DO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2012 A 2019.

Pesquisador: Janaína de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30890620.5.0000.5650

Instituição Proponente: DIRAPS DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.007.914

Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa interligar o aumento do número de casos de sífilis com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os protagonistas das notificações e o modo como atuam nos serviços de saúde pode encaminhar novas medidas de gestão pública em saúde e melhora do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde, partindo do pressuposto de que a organização dos serviços de saúde no modelo de estratégia de saúde da família em destaque, as UBSs (Unidade Básica de Saúde), interfere de forma qualitativa na identificação e notificação dos agravos.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo identificar a situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal, no período de 2012 a 2019, e as mudanças na APS na região de saúde Leste, iniciada em 2017. Assim

como compreender, na percepção dos profissionais, os limites e possibilidades da mudança do modelo de atenção da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora ressaltou a ponderação entre riscos de exposição dos dados não nominais nas notificações e entrevistas realizadas com os participantes selecionados, resguardando as informações para efeito de pesquisa científica. Este risco também foi citado no TCLE.

Como benefícios, os pesquisadores fizeram considerações dos potenciais benefícios para a coletividade e os sujeitos da pesquisa, que contribuirão para entendimento do aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal e possível melhoria da qualidade do serviço em âmbito de Atenção Primária a Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa faz-se necessária visto a importância dos relatos sobre o avanço da sífilis e a ESF. Os pesquisadores tomaram as precauções sobre os riscos da divulgação dos dados dos participantes, fator importante numa pesquisa epidemiológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se apto a ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

**Apêndice 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

N0:

Data:

Caracterização: teste

Código:

Sexo: M () F ()

Idade:

Cargo:

Lotação:

Último período de afastamento legal das atividades profissionais:

Tempo de atuação na APS da Região Leste:

Participou de alguma capacitação sobre estratégia de saúde da família
e /ou sífilis ?

Se sim, qual?

Perguntas norteadoras

No período de 2012 a 2019 houve aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita no DF e em paralelo a isso a APS passou por alterações na sua forma de organização e prestação de serviços aos usuários.

- a) Considerando a sua realidade o que você pode me contar sobre sífilis gestacional e congênita?
- b) O que você pensa sobre a Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal.

- c) Quanto a última proposta de mudança do modelo assistencial aqui no DF, gostaria que você me falasse as suas impressões e como participou deste processo.

Perguntas complementares

- 1) Quais suas principais ideias sobre sífilis gestacional e congênita na Atenção Primária a Saúde?
- 2) Qual a sua percepção diante da forma de notificação da sífilis na gestação e congênita na UBS?
- 3) Você consegue identificar fatores positivos e negativos em relação ao cuidado ao usuário portador de sífilis gestacional e/ou congênita na APS no período de 2012 a 2019?
- 4) Quais as principais dificuldades e facilidades que você encontra diariamente para realizar a identificação e notificação dos casos de sífilis gestacional e/ou congênita?
- 5) Como se dá a abordagem com os outros componentes da ESF na identificação diagnóstica e manejo de sífilis congênita na UBS de atuação?
- 6) Você gostaria de falar algo mais que não lhe foi perguntado?

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO DO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2012 A 2019., sob a responsabilidade da pesquisadora Janaína de Oliveira.

Um dos nossos objetivos é interpretar as impressões e experiências dos profissionais, que participaram da expansão da estratégia de saúde da família no Distrito Federal, em relação a reorganização dos processos de trabalho e enfrentamento a sífilis gestacional e congênita. O estudo é composto por descrição epidemiológica não nominal e análise de discurso qualitativa.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será por meio da participação em entrevistas, a qual representa parte do estudo, realizadas na unidade básica de saúde de sua lotação em seu horário preferencial com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: *exposição de impressões e idéias individuais do processo de mudança de modelo de atenção primária, que serão resguardadas com ausência de identificações e com publicações não nominais das declarações.* Se você aceitar participar, estará contribuindo para compreensão dos processos de mudança em modelos de atenção a saúde e para as propostas de melhorias de processos de trabalho e levantamento de dados.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo a realização da entrevista semi estruturada. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Secretaria Estadual de Saúde – DF, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Janaína de Oliveira, telefone (61)981917903, na Unidade Básica de Saúde

Itapoã 1 no telefone, 20171145 no horário 7h-18h , disponível inclusive para ligação a cobrar.
Email: jana_jdo@hotmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Janaína de Oliveira

Nome e assinatura