



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF**

Luiz Alberto de Freitas Felipe

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES
COM SÍFILIS NA ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3 DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO.**

RIO DE JANEIRO
2020

Luiz Alberto de Freitas Felipe

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES
COM SÍFILIS NA ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3 DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO.**

Dissertação apresentada à banca do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, na linha de pesquisa “O Cotidiano da Prática do Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar”. Como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar.

RIO DE JANEIRO
2020

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

F313 Felipe, Luiz Alberto de Freitas
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS
GESTANTES COM SÍFILIS NA ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3 DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. / Luiz Alberto de
Freitas Felipe. -- Rio de Janeiro, 2020.
66

Orientador: Beatriz Gerbassi Costa Aguiar.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2020.

1. Sífilis. 2. Gestantes . 3. Políticas de saúde.
I. Aguiar, Beatriz Gerbassi Costa , orient. II.
Título.

LUIZ ALBERTO DE FREITAS FELIPE

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES
COM SÍFILIS NA ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3 DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO.**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
Orientador Presidente

Prof. Dr^a Ines Leoneza de Souza
1^a Examinadora – UFRJ – Campus Macaé

Prof. Dr^a Mary Ann Menezes Freire
2^a Examinadora – UNIRIO

Prof. Dr^o Tiago Oliveira de Souza
1^o Suplente – UFRJ – Campus Macaé

Prof. Dr^a Gicélia Lombardo Pereira
2^a Suplente – UNIRIO

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é minha fonte de energia em todos os dias da minha vida.

Ao meu esposo, Gregori Sarti, que sempre me apoiou em minha jornada acadêmica e profissional.

A minha querida Mãe, Cláudia Regina, por ser a minha base e exemplo de perseverança. **À minha irmã**, Flávia de Freitas, que sempre me apoia, acompanha e torce por meu sucesso.

À minha querida orientadora, Beatriz Gerbassi, por sua paciência e dedicação comigo. Seus ensinamentos me acompanharão por toda a minha vida.

A minha querida amiga, Ana Paula Cunha, que sempre apoiou a minha pesquisa, me aconselhando e dividindo comigo o seu conhecimento.

Aos professores da UNIRIO que fazem parte do PPGENF, que me acolheram como parte da família.

Aos professores, Ines Leoneza, Mary Ann Freire, Tiago de Souza e Gicélia Pereira pelas grandes contribuições no estudo.

As minhas companheiras do curso de Mestrado, Clarissa Coelho e Vanessa Cruz que muito me apoiaram nesta caminhada.

Aos meus amigos, que sempre torcem por meu sucesso.

RESUMO

FELIPE, Luiz Alberto de Freitas. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico das gestantes com sífilis na área programática 3.3 do município do Rio de Janeiro.** Orientadora: Dr^a. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar – Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro. 2019.

O estudo teve como objetivo analisar a incidência de sífilis em gestantes residentes na área programática 3.3 do município do Rio de Janeiro, em relação ao perfil sociodemográfico e epidemiológico. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo de série temporal. A coleta de dados secundários foi obtida pela base de dados do Sistema de Informação e Agravos de Notificação – SINAN, disponibilizados pelo TABNET – RIO o período analisado foi entre 2011 e 2018. Os resultados mostraram que no período registraram-se 4.028 casos de sífilis em gestantes. A taxa de incidência variou entre 62,71 a 164,35/100.000 habitantes. O estudo revelou que a incidência de sífilis na gestação da Área programática - AP 3.3 concentra-se em mulheres com idade entre 15 e 34 anos, pretas, com escolaridade inferior ao ensino médio completo. A área programática possui uma alta densidade populacional de 13.821 hab/km², com aproximadamente 50% da população residindo em favelas, apresenta um baixo índice de desenvolvimento social (IDS= 0,562) o que caracteriza a região como de extrema vulnerabilidade social. a AP 3.3 região possui coleta de lixo, abastecimento de água potável e fornecimento de energia de forma adequada, apesar de 59,13% da população apresentar uma renda per capita igual ou inferior a um salário mínimo. Média de 39,11/100.000 das gestantes são diagnosticada com sífilis no primeiro trimestre de gestação, e a maioria realizam o tratamento de acordo com protocolo do Ministério da saúde (MS), quanto ao parceiro, menos de 50% realizam o tratamento concomitante a gestante. A taxa de incidência de Sífilis em gestante é ascendente na AP 3.3 e sugere relação direta com o baixo desenvolvimento social e a taxa de extrema vulnerabilidade da população adscrita. O estudo evidenciou que para o adequado manejo da sífilis na gestação e a redução da incidência, é necessário investir em políticas públicas não somente no escopo da saúde, torna-se indispensável à melhoria e o desenvolvimento social e demográfico da população assistida.

Palavras chaves: Sífilis. Gestantes. Política de Saúde.

ABSTRACT

FELIPE, Luiz Alberto de Freitas. **Sociodemographic and epidemiological profile of pregnant women with syphilis in program area 3.3 of the city of Rio de Janeiro.** Orientadora: Dr^a. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar – Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro. 2019.

The study aimed to analyze the incidence of syphilis in pregnant women living in programmatic area 3.3 in the city of Rio de Janeiro, in relation to the sociodemographic and epidemiological profile. This is an ecological, descriptive study of time series. The collection of secondary data was obtained from the database of the Information System and Notifiable Diseases - SINAN, made available by TABNET - RIO, the period analyzed was between 2011 and 2018. The results showed that in the period 4,028 cases of syphilis were registered in pregnant women. The incidence rate varied between 62.71 to 164.35 / 100,000 inhabitants. The study revealed that the incidence of syphilis during pregnancy in the Program Area - AP 3.3 is concentrated in women aged between 15 and 34 years old, black, with less than a high school education. The program area has a high population density of 13,821 inhabitants / km², with approximately 50% of the population residing in slums, has a low social development index (IDS = 0.562), which characterizes the region as being extremely socially vulnerable. AP 3.3 in the region has garbage collection, drinking water supply and adequate energy supply, although 59.13% of the population has a per capita income equal to or less than the minimum wage. An average of 39.11 / 100,000 pregnant women are diagnosed with syphilis in the first trimester of pregnancy, and most of them undergo treatment according to the Ministry of Health (MS) protocol, as for the partner, less than 50% undergo treatment concomitantly with pregnant. The incidence rate of syphilis in pregnant women is increasing in AP 3.3 and suggests a direct relationship with low social development and the extreme vulnerability rate of the population enrolled. The study showed that for the proper management of syphilis during pregnancy and the reduction of incidence, it is necessary to invest in public policies not only in the scope of health, it is essential to the improvement and social and demographic development of the assisted population.

Key words: Syphilis. Pregnant women. Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Mapa do Município do Rio de Janeiro por área Programática.	27
Gráfico 1 - Incidência de sífilis em gestantes por 100.000 habitantes, 2011 – 2018.	31
Gráfico 2 - Incidência do diagnóstico da sífilis em gestantes, segundo trimestre de gestação 2011 – 2018.	36
Gráfico 3 - Incidência de teste treponêmico realizado em gestantes, 2011 - 2018.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Incidência de Sífilis em gestantes na AP 3.3 por 100.000 habitantes, 2011 -2018, segundo faixa etária, raça / cor e escolaridade.	32
Tabela 2: Índice de desenvolvimento social, Rio de Janeiro. 2010.	35
Tabela 3: Características do tratamento medicamentoso das gestantes e dos parceiros sexuais. 2011-2018.	38

LISTAS DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AP - Área Programática

APS - Atenção Primária à Saúde

CDC - Centers For Disease Control And Prevention

CF - Clínica Da Família

DATA-SUS - Departamento De Informática Do Sistema Único De Saúde Do Brasil

DST – Doença Sexualmente Transmissível

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde Da Família

FTA-ABS - Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice De Desenvolvimento Humano

IDS – Índice De Desenvolvimento Social

IPP - Instituto Pereira Passos

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LCR - Rapid Plasm Reagin

MS - Ministério da Saúde

OSS - Organização Social de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde Da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento

PLANSAB - Plano Nacional de Saneamento Básico

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RC - Rede Cegonha

SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS - RJ - Secretária Municipal de Saúde

SUBPAV - Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária E Vigilância De Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET - Tabulador de Dados em Saúde

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

Sumário

1.	Introdução	13
2.	Revisão de Literatura	19
2.1	Sífilis e sua classificação	19
2.2	Sífilis congênita	22
2.3	Sífilis em gestante	22
2.4	Programa de políticas públicas relacionado a sífilis na gestação	24
2.5	Fatores de risco sociodemográfico para sífilis gestacional	27
3.	Metodologia	29
4.	Resultados	33
5.	Discussão	41
6.	Considerações Finais	54
7.	Referências Bibliográficas	56
8.	Anexos	61

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Concluí a graduação em Enfermagem na Universidade de Barra Mansa (UBM) em dezembro de 2011. No ano seguinte, iniciei o exercício profissional no Município de Itacuruba – PE, através do Programa de Valorização a Atenção Primária – PROVAB, atuando como enfermeiro em equipe de Saúde da Família. Neste mesmo período atuei como enfermeiro emergencial na Unidade de Pronto Atendimento Menino Jesus no município de Primavera – PE. No Ano de 2012 atuei como professor na escola Técnica Prefeito Pedro Afonso Ferraz no Município de Floresta – PE, Ministrando disciplinas de clínica médica, saúde da mulher, saúde da criança e farmacologia.

Realizei cursos de Pós-Graduação em Saúde da Família na Universidade Federal do Maranhão (2013) e a Residência em Saúde Pública na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2015).

Após o Curso de residência, atuei no município do Rio de Janeiro como enfermeiro da Estratégia de saúde da Família, Assessor técnico na Divisão de ações e programas de saúde (DAPS), na linha de cuidado saúde da mulher na área programática 3.3. Em 2017 surgiu a oportunidade de atuar como analista de informação na Organização Social Viva Rio, desempenhando a função de monitoramento e desenvolvimento indicadores de saúde do contrato de gestão da área programática 3.3. Em 2019 a partir da vivência adquirida na gestão do Município comecei atuar como gerente técnico da Clínica da Família Mestre Molequinho do Império.

A partir da minha vivência na saúde pública, surgiu o interesse de desenvolver conhecimentos além dos que presenciei na prática profissional de Enfermagem. Durante a minha trajetória profissional, atuei como enfermeiro na área de saúde pública, urgência e emergência e gestão, seguindo moldes de eficiência, em rotinas tecnicistas. Concomitantemente, participei de eventos científicos nacionais e regionais, apresentando trabalhos e em atualizações constantes por meio de cursos e palestras.

Em 2017, após uma crescente necessidade de expandir conhecimentos, participei do processo de seleção para o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), com o projeto de pesquisa: “Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico das Gestantes com Sífilis na Área Programática 3.3 do Município do Rio de Janeiro”, inserido na área de pesquisa: O Cotidiano da Prática do Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar do Programa de Pós-graduação da UNIRIO.

1. Introdução

No Brasil, em meados do século XIX, a sífilis surgia como epidemia, ocasionando pânico na sociedade da época, esta doença era associada a uma espécie de mal terrível (CARRARA, 1996).

Na história do Brasil os surtos de sífilis revelaram-se em um período de crise no país, conturbado pelo crescimento das cidades, a modernização, a industrialização e a consequente precarização da saúde pública, contribuindo, assim, para uma fragilização em massa e uma caótica realidade para a sociedade brasileira daquela época (CARRARA, 1996).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida predominantemente por via sexual, vertical e sanguínea, somente os seres humanos adquirem sífilis, esta doença surgiu na Europa no período histórico atualmente conhecido como Renascimento, à aparição de uma doença desconhecida amedrontou toda a população, e para justificar seu aparecimento, algumas curiosidades foram apresentadas pela sociedade da época. Muitos diziam que a causa era o relacionamento sexual entre homem e macaco, outros diziam que um cavaleiro leproso e uma cortesã que disseminaram a doença, houve ainda quem disse que um espanhol misturou sangue de leproso com vinho grego e envenenou poços na invasão francesa, todas essas histórias vinha da interminável busca pelo culpado (GRIEBELER, 2009; AVELLEIRA, 2006).

Após a perpetuação desses mitos, surgiu a primeira teoria científica aceita, à astrológica, considerada pelos cânones do pensamento astrológico como consequência direta da conjunção de Saturno e Júpiter, na casa de Marte, sob o signo de Escorpião, ao qual estariam submetidos os órgãos sexuais. Na época, a explicação astrológica era incontestável a explicação que tinha maior número de adeptos devido aos renomados médicos Girolamo Fracastoro e Pedro Pintor que apoiavam tal ideia (GRIEBELER, 2009).

O caráter venéreo da doença foi logo identificado e ela passou a ser relacionada com a punição divina. Girolamo Fracastoro foi quem utilizou o termo sífilis em um poema com 1.300 versos, escrito em 1530 em seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A sífilis ou mal gálico”). Nesta história ele narra um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis. Em 1546, o próprio Fracastoro levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes que chamou de “seminaria contagionum”. Nessa época, essa ideia não foi levada em consideração e, apenas

no final do século XIX, com Louis Pasteur, passou a ter crédito (CARRARA, 1996; BRASIL, 2010).

Em 1767 ainda era muito complexo o diagnóstico e tratamento da sífilis, pois se confundia com gonorreia e realizavam tratamento como tal, somente em 1905 o *treponema pallidum*, o agente etiológico da sífilis, foi descoberto, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman. Os dois observaram no microscópio os microrganismos espiralados, finos, que giravam em torno do seu maior comprimento e que se moviam para frente e para trás. Denominaram inicialmente de *Spirochaeta pallida* e, um ano depois, mudaram o nome para *Treponema pallidum* (AZULAY 2004; QUÉTEL, 1992 apud, BRASIL, 2010).

No início do século XX, a evolução científica permitia isolar a bactéria causadora da doença e também fazer diferenciações entre a sífilis e outras doenças de caráter dermatológico. No mesmo período, Paul Erich, descobriu o primeiro medicamento eficaz no tratamento da sífilis a descoberta de Erich deu um novo rumo à história. O salvarsan era a pílula mágica no tratamento da sífilis e a substância básica da pílula mágica era o arsênico (COSTA, 2010; QUÉTEL, 1992 apud BRASIL, 2010).

Em 1910 o medicamento foi disponibilizado pela indústria farmacêutica, causando muita polêmica, devido aos efeitos colaterais, aos poucos, o escândalo em torno do Salvarsan se acalmou e o medicamento fez sucesso em todo o mundo. A história da pílula mágica de Erich terminou com o aparecimento dos antibióticos modernos (COSTA, 2010).

Após toda a evolução do tratamento da sífilis e com o surgimento de potentes antibióticos para eliminação do agente causador, a doença ainda permanece como um grave problema de saúde pública, pois afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura de mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2016; BRASIL 2017).

Quando não tratada à sífilis congênita leva a prematuridade e baixo peso ao nascer, necessitando ficar por um período maior em Unidades de Terapia Intensiva. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis representam custo três vezes superior aos cuidados prestados a um bebê sem essa infecção (BRASIL, 2016; BRASIL 2017).

No Brasil, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, foram declarados 2.102 óbitos por sífilis congênita entre os anos de 1998 e 2016, destes 910 na Região Sudeste, dos quais 617 foram registrados no estado do Rio de Janeiro.

O cenário mundial da sífilis congênita demonstra o aumento da doença. Os Estados Unidos da América apresentou no relatório Centers for Disease Control and Prevention, 2017

(CDC) um aumento da doença entre os anos de 2016 e 2017. Os dados afirmam que houve um aumento de 18% no número de casos de sífilis notificados em 2017. Também foram registrados mais de 600 casos novos de sífilis congênita, um aumento de 28% que levaram a mais de 40 mortes e complicações severas da saúde.

Na América Latina e no Caribe os casos de sífilis congênita também estão em ascensão, em 2017, 37 países registraram mais de 28.800 novos casos, 22% a mais do que em 2016. Os resultados mostram que devemos intensificar e ampliar o acesso aos serviços de saúde, para diminuirmos a transmissão da sífilis, visto que dos 28.800 casos notificados na América do sul, 85% foram no Brasil (OPAS, 2017).

Os casos de sífilis congênita no Brasil estão cada vez maiores. No período de janeiro de 1998 a junho de 2018 foram notificados 188.445 casos de sífilis congênita, e entre 2007 e 2017, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, em 2007 a taxa era de 1,9 caso por 1.000 nascidos vivos e, em 2017, a taxa foi mais de quatro vezes maior do que a taxa de 2007, passando para 8,6 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018).

Em 2017, foram notificados 24.666 casos, o que demonstra a magnitude do problema o qual é agravado pela constante e significativa subnotificação da doença. A maioria dos casos de sífilis está concentrado na região sudeste do Brasil (43,2%), seguidas pela região do Nordeste (27,9%), Sul (14,5%), Norte (8,8%) e Centro-Oeste (5,7%) (BRASIL, 2018).

De 2016 para 2017, houve aumento de 16,4% no número de notificações no Brasil. Em 2017, observou-se uma taxa de incidência de 8,6 casos por 1.000 nascidos vivos no Brasil, tendo as Regiões Sudeste (9,4 casos por 1.000 nascidos vivos) e Sul (9,1 casos por 1.000 nascidos vivos) apresentado as maiores taxas, ambas acima da taxa nacional (BRASIL, 2018).

Em relação aos estados, os que apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional foram: Rio de Janeiro (18,8 casos/1.000 nascidos vivos), o estado com a maior taxa de incidência do Brasil, seguido de Pernambuco (14,4 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Sul (14,2 casos/1.000 nascidos vivos), Tocantins (12,0 casos/1.000 nascidos vivos), Espírito Santo (12,0 casos/1.000 nascidos vivos), Amazonas (10,5 casos/1.000 nascidos vivos), Ceará (10,2 casos/1.000 nascidos vivos), Mato Grosso do Sul (10,2 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Norte (9,9 casos/1.000 nascidos vivos), Sergipe (9,8 casos/1.000 nascidos vivos) e Piauí (8,8 casos/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2018).

A região do estado do Rio de Janeiro que apresentou maior incidência de sífilis congênita no ano de 2017 foi à região metropolitana II que corresponde às cidades: São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim, Seguida pela região metropolitana I que corresponde às cidades: Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Japeri, Nova Iguaçu, Queimados, Mesquita, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias e Magé. Ambas as regiões apresentaram incidência de sífilis congênita, acima da média nacional, respectivamente 26,9 por 1000 nascidos vivos e 22,1 por 1000 nascidos vivos (RIO DE JANEIRO, 2017).

A capital do estado do Rio de Janeiro é responsável por 63% das notificações de sífilis congênita do estado (RIO DE JANEIRO, 2017). Os bairros do município do Rio de Janeiro que apresentam as maiores taxas de incidência de sífilis congênita são: Bonsucesso (117,9 casos /1000 nascidos vivos), Manguinhos (89,8 casos /1000 nascidos vivos), Jacarezinho (51,9 casos /1000 nascidos vivos), Saúde (45,1 casos /1000 nascidos vivos), Mangueira (44,9), Costa Barros (43,7 casos /1000 nascidos vivos), Penha (40,0 casos /1000 nascidos vivos), Cordovil (39,0 casos /1000 nascidos vivos), Benfica (39,0 casos /1000 nascidos vivos) e Cavalcanti (31,0 casos /1000 nascidos vivos).

As áreas de planejamento (AP) que apresentam maiores taxas de incidência de sífilis congênita, são 1.0, 3.1 e 3.3 que abrange os bairros da região central e norte do município, estas regiões possuem um aglomerado de comunidade, uma alta população por metro quadrado e um baixo índice de desenvolvimento humano - IDH, o que propicia o aumento de casos (RIO DE JANEIRO, 2017/ REIS, 2018 / IBGE, 2018).

A série histórica da taxa de incidência no município do Rio de Janeiro mostrou-se ascendente durante o período de 2011 a 2018. O aumento de casos novos pode ser atribuído à melhoria da vigilância epidemiológica do município com a ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF e a capacitação dos recursos humanos (SUBPAV, 2019; COSTA, 2010).

A 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 conceito, a ausência ou baixa cobertura dos programas de prevenção; a existência de barreiras para o acesso à assistência ao pré-natal e a estigmatização, e discriminação com as infecções de transmissão sexual (CARDOSO, 2018).

Diante dos dados apresentados e a magnitude da Sífilis congênita, percebe-se a necessidade de maiores investimentos com o objetivo de alcançar melhoria da qualidade da

assistência ao pré-natal, considerando que, a prevenção consiste no manejo adequado da infecção na gestante e a capacitação dos profissionais de saúde que irão atuar no pré-natal. O Ministério da Saúde, junto às secretarias municipais deve investir efetivamente na capacitação dos profissionais no sentido de melhorar os registros e principalmente, aconselhando na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, objetivando evitar condutas errôneas na assistência pré-natal. Apesar de todos os documentos relativos à sífilis estarem disponibilizados na biblioteca virtual em saúde, ainda persiste o despreparo dos profissionais de saúde quanto à temática (CARDOSO, 2018)

Embora haja uma elevada cobertura de pré-natal no Brasil, acima de 85%, como também uma razão de seis ou mais consultas de pré-natal por parto no Sistema Único de Saúde, a qualidade da assistência à gestante está aquém do preconizado pelas políticas ministeriais. A Política Nacional de Atenção ao pré-natal prevê a realização de exames VDRL e testes rápidos para detecção precoce da sífilis, mas percebe-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora a dificuldade do tratamento adequado da sífilis, incluindo o não tratamento do parceiro (BRASIL, 2013 / CARDOSO, 2018).

Considerando a magnitude do problema o impacto social, econômico e as políticas de saúde, é importante garantir estudos aprofundados sobre às gestantes com sífilis no município do Rio de Janeiro, visando um controle epidemiológico no Pré-natal a fim de proporcionar o controle da doença e facilitar o planejamento de ações em áreas prioritárias.

Diante da abordagem apresentada, Foi formulada a questão norteadora para o desenvolvimento do estudo:

- Qual a relação entre as condições sociodemográfico e epidemiológica com a incidência da sífilis na gestação?

Para operacionalizar o estudo foram formulados os seguintes os objetivos:

Objetivo geral:

- Estudar a incidência de sífilis em gestantes residentes na área programática 3.3 do município do Rio de Janeiro, em relação ao perfil sociodemográfico e epidemiológico.

Objetivos específicos:

- Analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis na Área Programática 3.3 no Município do Rio de Janeiro;

- Discutir o perfil sociodemográfico e epidemiológico das gestantes relacionando com à incidência de sífilis na Área Programática 3.3 no Município do Rio de Janeiro.

Durante minha trajetória profissional, foi possível observar que os casos de sífilis congênitas são evitáveis, desde que o início do pré-natal seja precoce e a assistência realizada com qualidade.

Este estudo traz para reflexão do profissional de saúde na temática da sífilis na gestação que é um agravo de saúde pública. Pensar que o Pré-natal realizado com eficiência, diagnóstico precoce e tratamento adequado proporciona melhores resultados.

Pretende contribuir para o ensino e aprendizagem de discentes sobre a estratégia da assistência da sífilis na gestação, enfatizando a orientação para saúde da gestante e adesão ao tratamento.

Para a construção do conhecimento sobre a temática, o estudo traz uma abordagem inserida na linha de pesquisa de Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado do programa de pós - graduação stricto sensu – Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

2. Referencial Teórico

Para consistência no estudo e apoio nas discussões e resultados, foram utilizadas leituras complementares como referência. O estudo focaliza no contexto epidemiológico da sífilis no Brasil e no mundo, considerando a diversidade do tema. Foram abordados os itens: A sífilis e sua classificação; sífilis congênita; sífilis na gestação; programas e políticas públicas relacionadas à Sífilis no Brasil; Fatores de risco sociodemográfico para sífilis gestacional.

2.1 A sífilis e sua classificação

Sífilis é uma doença infecciosa causada por uma espiroqueta chamada *Treponema pallidum* que evolui lentamente em quatro estágios, caracterizada por lesões da pele e mucosas. Pode ser transmitida por contato sexual e vertical, produzindo as formas adquirida e congênita da doença. O *Treponema pallidum* é uma bactéria apresentando um formato de espiral (SARACENI, 2003).

Há 114 anos seu agente causador foi descoberto pelos microbiologistas alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann. Em 1906 August Paul Von Wassermann, bacterologista, desenvolveu a primeira sorologia para sífilis, que permitiu o diagnóstico antes do aparecimento dos sintomas da doença. Contudo, a busca por um tratamento efetivo continuou até que em 1910 Paul Erich descobriu o primeiro medicamento eficaz no tratamento da sífilis, a descoberta de Erich deu um novo rumo à história da sífilis. A substância básica da pílula mágica de Erich era o arsênico, no entanto, este tratamento gerou muitas críticas, devido aos seus efeitos colaterais (PASSOS, 2005; SOUZA,2005; COSTA,2010).

Em 1929, Alexander Fleming, na Inglaterra, descreveu que o fungo *Penicillium notatum* elaborava uma substância que, difundindo-se no meio de cultura de *Staphilococcus aureus*, exercia efeito antimicrobiano sobre a bactéria ali presente. E neste momento, descobriu a penicilina. Mas foi a partir do ano de 1940, após a 2ª Guerra mundial que permitiu aos médicos pela primeira vez curar a sífilis efetivamente (PASSOS, 2005; SOUZA,2005; COSTA,2010).

Neste contexto, houve uma queda abrupta da incidência de casos de sífilis tanto adquirida como a congênita neste período, voltando a crescer a partir da década de 60 e de forma mais acentuada a partir da década de 1980 (MILANEZ, 2008; BRASIL 2015).

A transmissão do agente etiológico se dá principalmente durante o contato sexual, na maioria dos casos. Também pode ocorrer a transmissão por contato de lesões cutâneas ricas em treponemas. A transfusão de sangue contaminado; a via transplacentária para o feto e pela contaminação do canal de parto, também são outras formas de contaminação da sífilis (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a sífilis pode ser Classificada em:

Sífilis adquirida

- Recente (menos de um ano de evolução): forma primária, secundária e latente recente;

- Tardia (com mais de um ano de evolução): forma latente tardia e terciária.

Sífilis congênita:

- Recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);

- Tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida).

As manifestações clínicas da sífilis primária, também conhecida como cancro duro, ocorrem após o contato sexual com o indivíduo infectado. O período de incubação é de 10 a 90 dias, com uma média de três semanas. A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria, indolor, com base endurecida e fundo limpo, rica em treponemas. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento (BRASIL, 2015).

Na fase secundária, a manifestação ocorre de 6 a 8 semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro, caracterizada pela disseminação hematogênica do treponema. Os sintomas nessa fase podem ser semelhantes ao estado gripal como artralgias, febrícula e cefaleia. Também pode ocorrer pápulas cutâneas (sífilides papulosas) localizadas nas superfícies palmo-plantares, lesões mucosa, alopecia em clareira e adenopatias. Como essas lesões são ricas em treponemas é importante ressaltar o perigo de contágio nessa fase. Após duas a dez semanas ocorre a regressão dos sintomas (BRASIL, 2015).

Sífilis latente é caracterizada por uma fase de duração variável em que não se observam sinais e sintomas clínicos. O diagnóstico é feito exclusivamente através de testes sorológicos (BRASIL, 2015).

Na sífilis tardia as manifestações clínicas surgem depois de um período variável de latência e compreendem as formas cutâneas, óssea, cardiovascular e nervosa. As lesões nos órgãos afetados são pobres em treponemas e as reações sorológicas tem títulos baixos; podendo causar lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência,

sífilis meningovascular), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot) (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da sífilis na ausência das manifestações clínicas pode ser realizado através de exames sorológicos. Os testes sorológicos podem ser divididos em: testes não-treponêmicos e treponêmicos. Os testes não-treponêmicos são: o VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasm Reagin). Ambos são testes qualitativos, cujo resultado é reagente ou não reagente e quantitativo expressos em títulos como: 1:2, 1: 64; utilizados para a triagem e monitoramento da infecção (BRASIL, 2015).

Os testes treponemicos são: FTA-ABS (teste de imunofluorescência indireta) e testes rápidos (imunocromatográficos) eles detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento, pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o tratamento da sífilis depende da fase em que se encontra a doença:

Sífilis primária: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI /IM – dose única;

Sífilis secundária: 4.800.000 UI /IM – duas doses de 2.400.000UI com intervalo de 7 dias entre elas;

Sífilis terciária: Penicilina G Benzatina 7.200.000UI/IM – três doses de 2.400.000UI com intervalo de uma semana entre elas. As aplicações deverão ser feitas de forma Intramuscular profunda na região do glúteo não excedendo 1.200.000UI por nádega.

O tratamento alternativo da sífilis, nos casos de alergia a penicilina é: Doxiciclina 100 mg, Via oral, de 12 em 12 horas, por 15 dias (exceto para gestantes); e Ceftriaxona 1g, endovenosa ou Intra muscular, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias.

O tratamento alternativo, não deve ser realizado em gestantes, pois não há comprovação de tratamento fetal, dessa forma somente a mulher fica curada da sífilis. Nos casos de alergia a penicilina, deve-se ofertar a gestante a dessensibilização, para que a mesma tenha possibilidade de realizar o tratamento adequado curando o feto da infecção e diminuindo a possibilidade do desenvolvimento de uma sífilis congênita (BRASIL, 2015).

2.2 Sifilis congênita

A sífilis congênita é a infecção do feto por via placentária. A transmissão faz-se em qualquer período da gestação. Após sua passagem transplacentária, o treponema ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente em todo o organismo fetal (BRASIL, 2010).

A sífilis congênita divide-se em manifestações precoces e tardias. A sífilis congênita precoce é definida até o segundo ano de vida, tendo como sequelas: baixo peso ao nascer; prematuridade; anemia intensa; icterícia; hemorragia; lesões cutâneo-mucosas, periostite, osteíte e osteocondrite; convulsões e meningite; pneumonia Alba; púrpura e plaquetopenia, hepatoesplenomegalia; hidropsia e edema. Já a sífilis congênita tardia acontece posteriormente ao segundo ano de vida; e suas características são: mandíbula curva; arco palatino elevado; fronte olímpica; nariz em sela; surdez; retardo mental e hidrocefalia (BRASIL, 2010).

O manejo adequado da sífilis congênita na maternidade inicia-se logo após o parto das gestantes que apresentaram o VDRL positivo. O protocolo a seguir é: realizar o VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR. Quando a suspeita ocorre no período pós-neonatal, após 28 dias de vida, deve-se investigar de forma cuidadosa toda criança que apresente quadro clínico e sorológico de sífilis congênita. Ao confirmar o diagnóstico, iniciar o tratamento adequado o mais rápido possível, utilizando a penicilina G cristalina de 4 em 4 horas ou a penicilina G procaína de 12 em 12 horas. O tratamento dura 10 dias, independente se houver ou não a neurosífilis (BRASIL, 2015).

Os casos diagnosticados com sífilis congênita devem ser imediatamente notificados. As crianças devem iniciar o seguimento e permanecerem em acompanhamento mensal até o 6º mês e bimensal até completarem 12 meses. O VDRL deve ser realizado no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º meses de vida; sendo interrompido com dois VDRL negativos de forma consecutiva.

2.3 Sifilis em gestantes

No ano de 2005 a sífilis em gestante, tornou-se um agravo de notificação compulsória com a publicação da Portaria MS/SVS nº 33 de 14 de julho de 2005. A obrigatoriedade da notificação dos casos teve como objetivo identificar os casos existentes, acompanhar a evolução de casos novos e conhecer o perfil epidemiológico da doença e suas tendências para traçar estratégias para redução da incidência (BRASIL, 2010).

É considerado caso de sífilis em gestantes quando a mesma durante o pré-natal apresenta evidências clínicas ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2010).

A transmissão vertical via placentária pelo treponema Pallidum, pode ocorrer em qualquer período da gestação. As taxas de contaminação estão relacionadas à treponemia materna, ou seja, quanto maior o número de treponemas circulantes, maior será o risco de infecção fetal. A possibilidade de transmissão ao feto está diretamente ligada ao estágio da doença na gestante, pode - se dizer que a possibilidade de transmissão diminui com o aumento da idade gestacional, ou seja, 40% de risco de transmissão fetal na fase latente e de 10% na fase tardia (SARACENI, 2003).

Domingues (2013) aponta que as principais complicações que ocorrem durante a gestação em mulheres com sífilis são: prematuridade, diminuição do crescimento intrauterino, abortamento, óbito fetal e óbito neonatal.

Estudos revelam que durante a gestação, as mulheres não são submetidas à realização de testes para o rastreio da sífilis, somente 14,1% das parturientes obedeceram às recomendações do Ministério da Saúde de realização de pelo menos dois testes de sífilis durante a gestação (SZWARC WALD, 2007).

O percentual de gestantes que apresentaram pelo menos um teste no cartão de pré-natal foi de 75,1% e as que apresentam os dois testes, conforme recomendação do Ministério da saúde é apenas 16,9%. A baixa cobertura da oferta de teste para rastreio da sífilis no pré-natal indica que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas como rotina, o que evidencia uma fragilidade no acompanhamento de pré-natal que vem dificultando o controle da sífilis congênita (SZWARC WALD, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde Do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em parceria com o Ministério da Saúde ampliou as equipes de saúde da Família no período entre 2009 e 2016. Um dos objetivos da implantação de novas equipes foi melhorar o acesso ao serviço de saúde (SIMÕES, 2016; TOMASI, 2017).

Com a implantação de unidades de saúde dentro dos territórios de extrema vulnerabilidade, foi possível observar que as gestantes acessam o serviço de saúde precocemente, e dessa forma é possível realizar a exames de rotina antes de 12 semanas de gestação, possibilitando início imediato do tratamento, nos casos em que o de teste rápido para sífilis apresente o resultado reagente. O início precoce do tratamento de sífilis em gestantes é um importante fator para redução da sífilis congênita. Uma atenção ao pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a incidência de sífilis congênita e a mortalidade materno-

infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (SIMÕES, 2016; TOMASI, 2017).

Estudos realizados no Brasil e no mundo, mostram que para redução da sífilis congênita, é importante investir em uma assistência ao pré-natal que envolva todos os momentos da gestação e para isso é necessário que todos profissionais envolvidos nesta assistência tenha capacidade técnica para execução. A qualificação profissional deve ser contínua. Outro fator importante é a participação do parceiro nas consulta de pré-natal. Os pré-natalistas devem sensibilizar as gestantes e seu parceiro dividindo a responsabilidade da saúde gestacional para ambos. A participação do parceiro é uma das peças chave para que haja o controle da sífilis no nosso país (BRASIL, 2008; SIMÕES, 2016).

2.4 Programas e políticas públicas relacionadas à Sífilis no Brasil

O grande obstáculo no controle da sífilis no Brasil tem ligação direta com o contexto histórico da saúde da mulher e as políticas públicas de saúde. No Brasil a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde apenas nas primeiras décadas do século XX, e estava atrelado apenas às necessidades relativas ao ciclo gravídico-puerperal. Os programas materno-infantis manifestavam uma visão limitada sobre a mulher, fundamentada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, com a mobilização entre as universidades, os sanitaristas e as lutas feministas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), concebido em 1983, recebendo a colaboração do Estado e da sociedade, configurando-se como uma das ações governamentais pioneiras de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde (COSTA, 2010).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, e paralelamente junto aos movimentos sanitários, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível - DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

O objetivo primordial do PAISM visou garantir a integralidade e autonomia à mulher, alcançando objetivos como prevenir e controlar as DST, tendo como uma das metas a eliminação da sífilis como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004).

A sífilis congênita em 1986 passou a ser uma doença de notificação compulsória conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986, devido a taxas de prevalência e a transmissão vertical.

Em 1995, o Brasil juntamente com outros países da América Latina e Caribe, visando atender resolução da Organização Pan-Americana de Saúde, assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação que visava eliminar a sífilis congênita nas Américas até o ano 2000. Porém, considera-se que o controle da sífilis congênita permaneceu em um nível insuficiente (BRASIL, 2004). Em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação o registro de até 01 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano (BRASIL, 2006).

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto; porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer (BRASIL, 2006).

Em 2000, o ministério da saúde permaneceu intensificando a eliminação da sífilis no Brasil criou Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que teve como prioridade a redução dos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, bem como a melhoria no acesso, na cobertura e na qualidade de assistência ao nível primário (BRASIL, 2002).

Com objetivo de contribuir com a redução de casos de sífilis foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde o Projeto Nascer nas maternidades. O projeto seria implantado em maternidades do SUS localizadas em municípios considerados prioritários e que atendam mais de 500 partos por ano e tinha como ação a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica. Além de abordar temas como rotinas para atendimento às urgências obstétricas de hipertensão e sangramento e o partograma. O enfoque prioritário da capacitação é a mudança no processo de trabalho para implementação das ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e puerpério, com ênfase ao tratamento da sífilis na gestação (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PNAISM que trouxe abrangência ainda maior a saúde da mulher incluindo suas especificidades grupais, ou seja, as necessidades de atenção à saúde de grupos tais como presidiárias, homossexuais, negras, indígenas, dentre outros. O PNAISM também expôs a situação de precariedade da assistência obstétrica no Brasil, visto que apesar da existência de programas como o PHPN vigentes no país, alguns índices continuam superiores ao esperado, tais como: mortalidade materna, sífilis neonatal, tétano neonatal, hipertensão gestacional, dentre outros (BRASIL, 2004).

Em 2006 surge o Pacto pela Saúde que é resultado de um esforço das esferas municipal, estadual e federal para em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. O pacto pela saúde apresenta como um de seus três eixos o Pacto pela Vida. O pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre estas prioridades, destaca-se a redução da mortalidade materna e infantil, sendo um dos componentes para a execução dessa prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2006).

Em 2007, O Ministério da saúde lança o Plano Nacional de Redução da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis, e tinha como meta a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis até 2011. Esse plano teve como objetivo aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, o aumento da cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros, além da ampliação das ações de prevenção (BRASIL, 2007).

Embora as políticas públicas em saúde sejam abrangentes e bastante claras em seu conteúdo, a sua execução fica aquém do esperado. Este fato pode estar relacionado ao número reduzido de profissionais responsáveis por atender a uma demanda excessiva de usuários, gerando sobrecarga de trabalho e impossibilitando a assistência de qualidade à saúde ou pode estar atrelada a competência técnica do profissional que executa o pré-natal. Destaca-se ainda que é responsabilidade dos gestores em saúde prover soluções viáveis frente a tais dificuldades. Com as dificuldades de processo de trabalho a implementação das políticas públicas fica impossibilitada de forma que a atenção à saúde da mulher permanece deficiente (COSTA, 2010).

Mesmo com a implementação de todas as políticas de saúde voltada para a assistência a mulher e a gestação, ainda permanece alto a prevalência da sífilis no Brasil. Para o controle e a erradicação da doença é necessário maior compromisso dos gestores e profissionais da saúde no controle desse agravo (COSTA, 2010).

2.5 Fatores de risco sociodemográfico para sífilis gestacional

A sífilis apesar de apresentar condições fáceis e econômicas para o diagnóstico e o tratamento ser simples, continua sendo um grave problema de saúde no País e no mundo. Estudos realizados no Brasil, afirmam que a pobreza e as condições decorrentes dela, sejam comportamentais ou de acesso e qualidade da assistência pré-natal, encontram-se significativamente associadas à sífilis em gestantes. Esse resultado sinaliza que o controle da transmissão permanece como desafio não superado (MACÊDO, 2017).

Entre os fatores envolvidos na redução da sífilis congênita, destacam-se os sociodemográficos, a pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal (união estável ou não estável) são apontadas como situações de risco e uma expressão de que a sífilis se relaciona com a pobreza, embora não se limite a ela. Igualmente importante são os comportamentos que vulnerabilizam as mulheres, associando-se a maior risco, como a menor idade da primeira relação sexual e da gestação, elevado número de parceiros sexuais, não adesão a práticas de sexo seguro, uso de drogas ilícitas e psicoativas, entre outros (MACÊDO, 2017).

A saúde reprodutiva das mulheres é influenciada por uma interação de fatores, entre os quais os sociodemográficos, que determinam maior situação de vulnerabilidade às camadas sociais desfavorecidas, contribuindo significativamente para a falta de conhecimento do próprio corpo e para o uso inadequado dos métodos contraceptivos, interferindo na tomada de decisões. As escolhas reprodutivas podem ocorrer de modo diferente entre as mulheres, havendo maiores desigualdades entre as de menor escolaridade, as negras e as residentes em regiões mais pobres do país (BRASIL, 2009).

Desse modo, os fatores sociodemográficos influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, gerando desigualdades na saúde ou iniquidades. No tocante à saúde das mulheres, desempenham um papel importante no desfecho da gravidez indesejada ou não planejada o aborto e a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV e sífilis (SANTOS, 2010; HOLANDA et al., 2011 apud MACÊDO, 2017).

Melo, Melo Filho e Ferreira (2011), descrevem em estudo realizado no Município de Recife que a sífilis guarda uma estreita relação com os fatores sociodemográficos e distribui-se de modo desigual no mundo, estudando os diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, observou maior risco entre as mulheres com menor escolaridade, menor número de consultas ao pré-natal e em crianças nascidas de mães pretas ou pardas.

A escolaridade é um sensível indicador socioeconômico, relacionado ao acesso à assistência pré-natal. Pesquisa realizada sobre indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil (2009) revelou que, entre as mulheres que não possuíam “nenhuma instrução”, foi encontrada maior proporção de nascidos vivos cuja gestação não teve qualquer consulta pré-natal. Dentre as mães mais escolarizadas, com 12 anos ou mais de estudo, está a maior percentagem de nascidos vivos cuja gestação teve o acompanhamento realizado por sete ou mais consultas pré-natal. A educação se revela um fator fundamental na percepção da importância da assistência à saúde materno-infantil (IBGE, 2009 apud MACÊDO, 2017).

A não realização do pré-natal, assim como a sífilis congênita, tem sido associada a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos, morte neonatal e prematuridade. Em relação à sífilis gestacional, a maior prevalência é entre mulheres de baixa condição socioeconômica, com antecedentes obstétricos de risco e pior acesso a serviços de saúde, indicando maior vulnerabilidade social e reprodutiva (DOMINGUES et al., 2013).

Outro indicador que afere desigualdades sociodemográficas é a raça. Conforme pesquisa realizada no Rio de Janeiro, com 9.633 puérperas, na qual se identificou situação desfavorável das mulheres pretas e pardas em relação às brancas. Foi mais frequente ocorrer, no grupo de mulheres negras, agressão física, tentativa de interrupção da gravidez e peregrinação em busca de atenção médica (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Pesquisa avaliativa sobre a assistência pré-natal segundo parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha (RC), em uma microrregião do Espírito Santo, constatou que as mulheres com menor renda e residentes na zona rural foram as que receberam a pior assistência pré-natal, evidenciando que, dentro da política universal, os gestores e os profissionais das unidades de saúde não conseguiram focalizar a atenção pré-natal nas mulheres que mais precisam de cuidados e orientação e oferecer-lhes um atendimento diferenciado que realmente as fizessem se comprometer com o acompanhamento de sua saúde e de seu feto durante todo o período gestacional (MARTINELLI et al., 2014).

São diversas as variáveis sociais e demográficas que influenciam nas condições de saúde de uma população, as intervenções nestas variáveis são as menos passíveis de modificação. Os riscos reprodutivos são influenciados por questões que ultrapassam o âmbito biomédico. Os gestores e profissionais de saúde devem desenvolver abordagem que contribuam significativamente na diminuição dos efeitos das desigualdades sociais (XAVIER et al., 2013).

3. METODOLOGIA

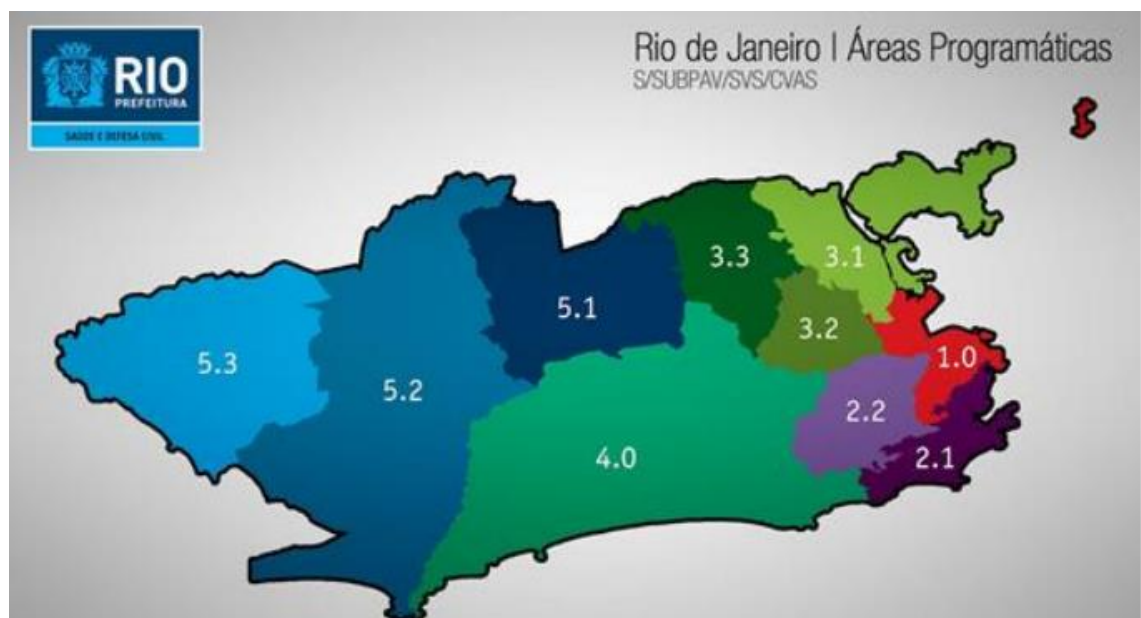
3.1 Tipo de estudo

Trata - se de um estudo ecológico descritivo de série temporal. Em um estudo ecológico, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença e condição relacionada na coletividade. A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (LIMA-COSTA, 2003).

3.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi à área programática 3.3 localizada no município do Rio de Janeiro.

Figura 1: Mapa do Município do Rio de Janeiro por área Programática



Fonte: Secretaria Municipal do Rio de Janeiro – 2019.

O Município do Rio de Janeiro possui uma área territorial de 1.224,56 km² composta por 161 bairros, que perfazem uma população de 6.718.703 habitantes. Possui 2.144.445 domicílios particulares permanentes, com 2,94 pessoas residindo por domicílio (IBGE, 2019).

Encontra-se dividido em 33 Regiões Administrativas e 5 Áreas de Planejamento (RIO EM SÍNTESE, 2019; IPP, 2019). No entanto, para facilitar o planejamento das ações em saúde pública, o setor saúde é dividido em 10 Áreas de Planejamento - AP.

A rede de saúde do município conta com 231 unidade de atenção primária em saúde, Sendo 123 Clínicas da Família e 108 Centro Municipais de Saúde, totalizando 1.106 equipes de Saúde da Família - eSF (SUBPAV - SMS, 2019). Desde a implantação desse modelo, a cobertura de Saúde da Família na cidade passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 70,63% janeiro de 2018 (SUBPAV - SMS, 2019).

A área programática 3.3, está situada na zona norte do município do Rio de Janeiro e abrange os bairros: Anchieta, Acari, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Pavuna, Quintino Bocaiúva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos, Vista Alegre (IPP, 2019).

A Área Programática 3.3, conta com 32 unidades de atenção básica, sendo 20 Clínicas da Família e 12 Centro Municipais de Saúde, totalizando 161 eSF. 58,56% da população da Área Programática têm cobertura do Programa de Saúde da Família.

A rede de saúde da Área Programática 3.3 conta com o apoio de 7 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, sendo 3 sob gestão municipal e 4 sob gestão estadual, 2 hospitais com múltiplas especialidades e 3 maternidades.

3.3 Coleta de dados

Para caracterização das gestantes, utilizou-se dados do Sistema de Informação de Agravo de Notificação – SINAN. Considerou-se todas as mulheres notificadas com sífilis na gestação no período entre 2011 e 2018.

As Informações foram extraídas através do TABNET-RIO, que é um aplicativo de tabulação de dados disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

É um aplicativo de domínio público, que permite consultar dados de forma rápida, permitindo o cruzamento de diversas variáveis. No município do Rio de Janeiro as informações do TABNET-RIO são disponibilizadas e gerenciadas pela Gerência Técnica de Dados Vitais da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2016 / SUBPAV, 2016).

Para descrição sociodemográfica do Município do Rio de Janeiro e da AP 3.3 foram utilizados os dados do Instituto Pereira Passos – IPP, que é um órgão público de pesquisa do Governo da Cidade do Rio de Janeiro. É referência nacional e internacional em dados e conhecimentos de gestão para o planejamento estratégico e integração de políticas públicas, mapeamento, produção cartográfica e aplicação de geotecnologias. Para a caracterização sociodemográfica, consideraram-se os dados do último censo do Instituto brasileiro de geografia e estatística – IBGE (2010).

3.4 Organização e análise dos dados

Para o cálculo das taxas de incidência de sífilis em gestantes foram identificados os casos novos de sífilis em gestantes a partir dos dados do TABNET RIO e dividido pela população específica, ou seja, para o cálculo da incidência da Sífilis em gestantes, segundo faixa etária: o numerador foi os casos novos de gestantes com sífilis segundo a faixa etária e período, dividido pela população em risco de adquirir a doença no mesmo período, ou seja, o total de mulheres da Área programática de acordo com a faixa etária e período. Para os demais indicadores também foram utilizados a mesma fórmula de cálculo de incidência, ajustando sempre a população de acordo com a raça / cor, escolaridade e faixa etária. Os dados referentes à população foram provenientes do Instituto Pereira Passos tendo como referência o último censo do IBGE (2010).

Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os softwares Microsoft Office Excel 2010 e RStudio. O arquivamento dos dados obtidos, bem como a construção do banco de dados de entrada para análise no R, foi realizado no Pacote Microsoft Office - Excel.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico da AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro, território de residência das gestantes, foram considerados os indicadores do Índice de desenvolvimento Social – IDS com base no último censo do IBGE (2010), dado disponibilizado pelo IPP.

O IDS foi inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, indicador calculado pela ONU para inúmeros países do mundo que, por sua vez tem servido de base para a construção de uma série de outros índices compostos. Sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social e vulnerabilidade de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza. Como qualquer índice sintético, o IDS combina algumas variáveis que melhor caracterizem diversas facetas do fenômeno em estudo (CAVALIERE, 2008).

Por fim, foram analisadas as taxas de incidência da sífilis na gestação, através da análise de distribuição temporal e a sua relação com as condições sociodemográfica no período de 2011 a 2018.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza e regulamenta os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro que encaminhou para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, para aprovação da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro sob nº de parecer 2.854.161 e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro sob nº de parecer 3.012.41.

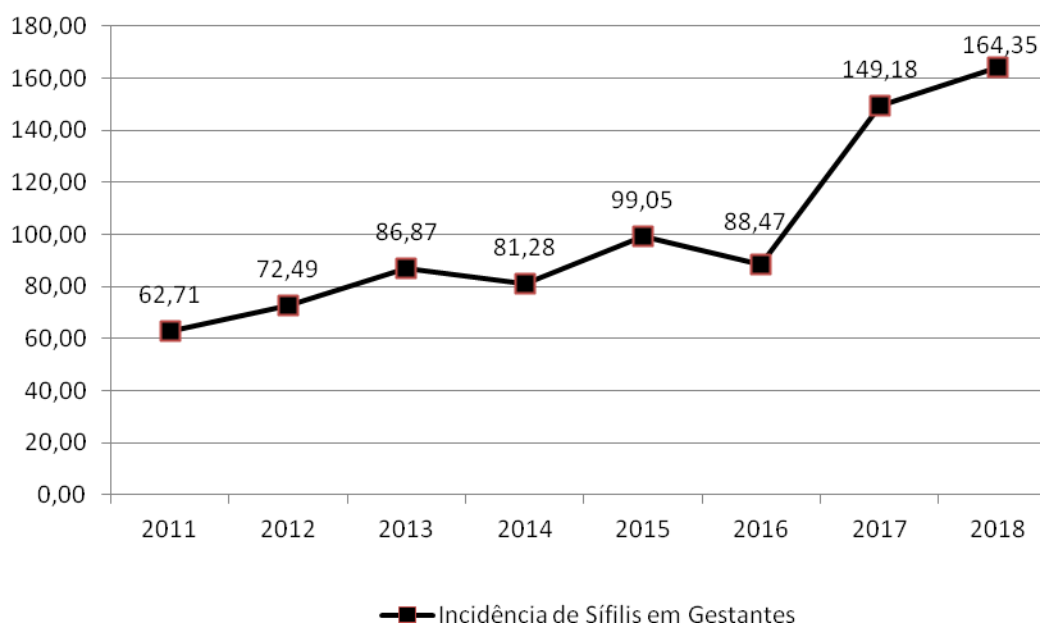
4. Resultados

Os dados da pesquisa foram analisados através de estatística descritiva, apresentadas mediante tabelas e gráficos, a fim de facilitar o entendimento e compreensão dos resultados obtidos.

Foram identificadas 4.028 notificações para a sífilis em gestante no período entre 2011 e 2018. As notificações permitiram análise quanto à temporalidade da incidência, a caracterização sociodemográfica, a identificação das ações no pré-natal para o tratamento, a relação da incidência da sífilis com a condição de vida.

4.1. Análise temporal da incidência da sífilis em gestantes

Gráfico 1: Incidência de sífilis em gestantes por 100.000 habitantes, 2011 – 2018. Rio de Janeiro – RJ – 2019 (N = 4.028).



Fonte: Adaptado, SINAN - TABNET - RIO – 2019.

No gráfico 1, observa-se uma ascendência na incidência de sífilis em gestantes no período entre 2011 e 2018.

verifica ainda, um elevado número de gestantes acometidas pela doença nos anos de 2017 e 2018, perfazendo uma incidência, respectivamente, de 149,18 e 164,35 por 100.000 habitantes.

Este resultado pode estar relacionado a melhorias no processo de notificação no decorrer dos anos, após a expansão da implantação de equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro, como também ao incremento do teste treponemico como protocolo na primeira consulta de pré-natal proporcionando o diagnóstico precoce de sífilis em gestante (DOMINGUES et al., 2013).

O elevado aumento dos casos de sífilis nos anos de 2017 e 2018 sugere influências do processo de gestão, no contexto político e econômico, neste mesmo período o Município do Rio de Janeiro passou a apresentar diversas crises políticas e econômicas, gerando inclusive redução do número de equipes de saúde da família.

4.2 Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis, segundo faixa etária, raça / cor e escolaridade.

O perfil sociodemográfico das mulheres grávidas com sífilis na AP 3.3 entre o período de 2011 e 2018 (Tabela 1) mostra maior incidência na faixa etária de 15 e 24 anos, dado que converge com a faixa etária sexual e reprodutiva da mulher. Quanto à raça / cor em todos os anos da série histórica predominou-se nas mulheres que se declararam pretas (2011 = 85,56/100.000 e 2018 = 327,23/10.000). Quanto à escolaridade, apesar de ter apresentado um alto índice de sub-registro (32%) os dados retratam baixa escolaridade. Entre 2011 e 2015 a maior incidência, deu-se em mulheres com escolaridade igual ao ensino fundamental completo e entre 2016 e 2018 a taxa de incidência concentrou-se em mulheres com ensino médio incompleto.

Tabela 1: Incidência de Sífilis em gestantes na AP 3.3 por 100.000 habitantes, 2011 -2018, segundo faixa etária, raça / cor e escolaridade. Rio de Janeiro, 2019 (N: 4.028).

Variável	Ano							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Faixa etária (em anos)								
5 - 14 anos	9,10	6,06	7,58	6,06	4,55	9,10	12,13	18,19
15- 24 anos	256,91	274,86	338,40	377,07	422,65	388,12	617,40	704,42
25 - 34 anos	129,25	171,07	181,21	130,52	190,08	153,33	287,65	301,59
35 - 44 anos	28,36	35,45	58,15	38,29	51,05	45,38	79,42	75,16
>/= 45 anos	0,0	0,0	1,40	0,0	1,40	2,90	0,0	0,0

Raça / Cor								
Branca	22,20	27,02	26,54	27,99	41,50	46,32	63,21	78,17
Preta	85,56	93,07	87,06	120,08	163,61	139,60	261,18	327,23
Amarela	83,43	55,62	0,00	27,81	83,43	55,62	194,66	333,70
Parda	73,63	86,53	91,91	99,43	106,42	115,02	208,54	203,16
Indígena	29,46	0,00	0,00	29,46	88,37	0,00	88,37	29,46
Escolaridade								
Analfabeto	0,00	0,00	0,20	0,20	0,40	1,80	13,38	6,99
1 a 4 serie incompleta	1,20	2,20	2,40	3,99	7,59	9,19	13,58	7,79
1 a 4 serie completa	4,19	4,99	3,99	6,19	5,59	2,20	3,20	5,19
Fundamental incompleto	7,99	9,19	8,19	9,39	14,18	12,38	16,58	22,37
Fundamental completo	9,79	13,78	12,58	9,99	10,78	10,18	16,38	15,78
Médio incompleto	5,19	5,79	7,59	8,59	10,58	17,37	29,36	25,36
Médio completo	6,79	6,79	9,19	9,39	15,38	11,18	26,76	33,35
Superior Incompleto	0,00	0,40	0,80	0,20	0,60	1,40	1,80	3,00
Superior completo	0,00	0,20	0,40	0,60	0,00	0,20	0,60	0,80

Fonte: Adaptado, SINAN - TABNET - 2019

4.3 Índice de desenvolvimento social da AP 3.3 no município do Rio de Janeiro.

O Índice de Desenvolvimento Social - IDS tem o objetivo de fornecer a sociedade e os gestores públicos, um indicador sintético e capaz de mensurar a inclusão social. Este indicador é largamente utilizado, devido à sua facilidade de cálculo e amplitude de significado, constitui uma medida de desenvolvimento dos municípios que considera no seu cálculo as dimensões de educação, saúde e habitação. Trata-se de uma forma direta de mensurar a vulnerabilidade social e classificar o desempenho dos municípios na promoção do desenvolvimento social (ASSIS, 2017).

Na construção do Índice de desenvolvimento social, utiliza-se 8 indicadores, separados em 4 grandes dimensões.

Acesso a Saneamento Básico, cuja composição dos indicadores é:

- Porcentagem de domicílios particulares permanentes com forma de abastecimento de água adequada, ou seja, ligados à rede geral de distribuição;

- Porcentagem de domicílios particulares permanentes com esgoto adequado, ou seja, ligados à rede geral de esgoto ou pluvial;

- Porcentagem de domicílios particulares permanentes com lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou colocado em caçamba de serviço de limpeza;

Qualidade Habitacional, composto por apenas um indicador:

- Número médio de banheiros por morador: O quociente da divisão entre a quantidade de banheiros e a quantidade de moradores de um domicílio, aponta uma boa ideia do conforto residencial e capturar a diversidade das habitações da região.

Grau de Escolaridade, composto por um indicador:

- Percentagem de analfabetismo de moradores de 10 a 14 anos em relação a todos os moradores de 10 a 14 anos, demonstra a vulnerabilidade da região, relacionado à escolaridade.

Disponibilidade de Renda, composto por 3 indicadores:

- Rendimento per capita dos domicílios particulares permanentes, expresso em salários mínimos;

- Porcentagem dos domicílios particulares, com rendimento domiciliar per capita até um salário mínimo;

- Porcentagem dos domicílios particulares, com rendimento domiciliar per capita superior a 5 salários mínimos.

O resultado da pesquisa sugere relacionar as condições de educação, saúde e habitação existentes na AP 3.3 com a incidência de Sífilis em gestante. De acordo com o último censo do IBGE em 2010 o IDS da AP 3.3 foi de 0,562 o que a classifica como Índice de desenvolvimento social Médio – baixo (TABELA 2).

Fatores como abastecimento de água e desprezo de esgoto inadequado juntando-se a coleta irregular de lixo e baixa escolaridade estão associados à condição de pobreza o que coloca a população em condições de vulnerabilidade propiciando o aparecimento de doenças (AMENDOLA, 2017).

Na AP 3.3, 98,49% das residências possuem abastecimento de água encanada, 99,42% dispõem de coleta de lixo regular e 92,55% detêm de serviço de esgoto adequado a região possui uma taxa de analfabetismo entre pessoas de 10 a 14 anos de 3,41%, superior à taxa Municipal, possui em média um banheiro por residência. Em relação à renda per capita, 59,13 % da população tem renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo e apenas 1,87% da população tem renda familiar superior a 5 salários mínimos (TABELA 2).

Tabela 2: Índice de desenvolvimento social, Rio de Janeiro. 2010.

Variável	Município do Rio de Janeiro	AP 3.3
Índice de desenvolvimento social – IDS	0,609	0,562
Domicílios com abastecimento de água (%)	98,47	98,49
Domicílios com serviço de esgoto (%)	90,93	92,55
Domicílios com serviço de coleta de lixo (%)	99,25	99,42
Nº de banheiros por moradores	1,50	1,24
Analfabetismo de 10 a 14 anos (%)	2,01	3,41
Rendimento domiciliar per capita em salários mínimos	2,27	1,06
Renda per capita até um salário mínimo (%)	42,16	59,13
Domicílios com rendimento domiciliar per capita superior a 5 salários mínimos (%)	14,28	1,87

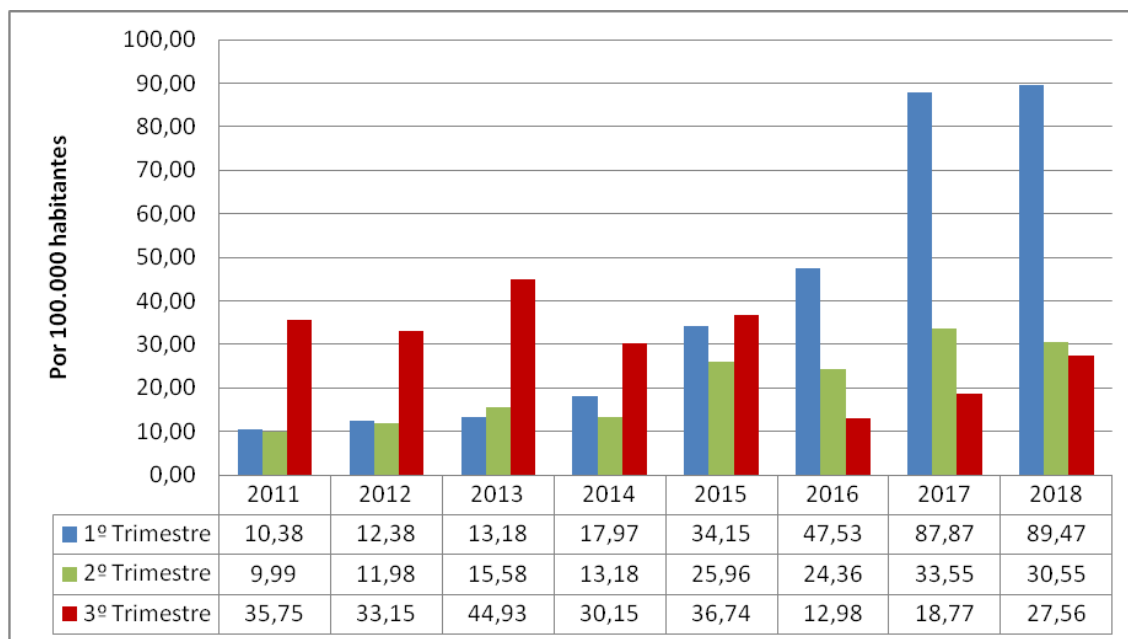
Fonte: Adaptado, IPP - 2019

4.4 Momento do diagnóstico da sífilis em gestantes

O diagnóstico tardio, realizado apenas no terceiro trimestre de gestação, prevaleceu entre os anos de 2011 e 2015, entretanto torna-se significativo o quantitativo de casos notificados no primeiro trimestre de gestação entre 2016 e 2018, fato que pode estar relacionado à ampliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família, que passou a garantir maior acesso das gestantes ao serviço de saúde (GRÁFICO 2).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o risco de transmissão vertical é muito elevado na doença sintomática (fases primária e secundária) variando de 90 a 100%. Nas fases latentes e terciária o risco varia entre 10 e 30%. A transmissão será maior quanto mais avançada for a gestação, já que a permeabilidade da barreira placentária aumenta com a idade gestacional, sendo também maior nas fases primária e secundária, pois a carga de treponema circulante é maior nessa situação.

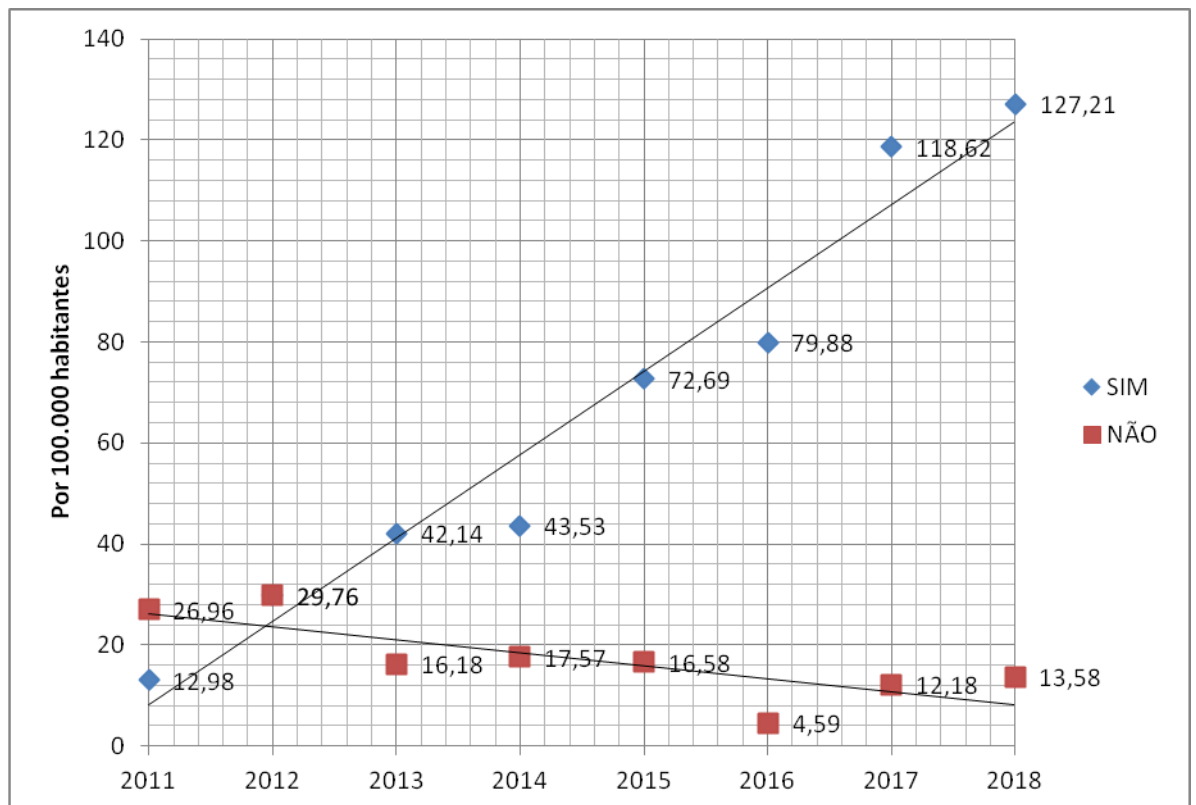
Gráfico 2: Incidência do diagnóstico da sífilis em gestantes, segundo trimestre de gestação 2011 - 2018. Rio de Janeiro. 2019. (N: 4028).



Fonte: Adaptado, SINAN - TABNET – 2019.

A identificação da doença precocemente na gestação é o essencial para evitar a contaminação fetal. Para a identificação da sífilis é necessário a realização de testes laboratoriais, já que a maioria das mulheres se encontra assintomática. Desde 2015 o Ministério da Saúde incluiu o rastreamento de gestantes com a realização de teste rápido, que apresenta excelente sensibilidade e especificidade. Como são testes treponêmicos, a sua positividade já confirma a presença de infecção e autoriza o tratamento, o VDRL deve ser realizado para controle de cura, já que o teste rápido também não negativo após tratamento, dessa forma é de suma importância a realização do teste treponemico no primeiro contato com a gestante.

O resultado da pesquisa mostra que nos anos iniciais da série histórica as gestantes não realizavam o teste rápido. A partir da implantação do protocolo proposto pelo Ministério da Saúde em 2015, observa-se a elevação dos dados de 43,53/ 100.000 hab. em 2014 para 72,69/100.000 hab. em 2015 e as taxas mantêm-se elevadas até 2018 (GRÁFICO 3).

Gráfico 3: Incidência de teste treponêmico realizado em gestantes, 2011 - 2018. Rio de Janeiro, 2019.

Fonte: Adaptado, SINAN - TABNET – 2019.

4.5. Tratamento da sífilis em Gestante

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado configura-se como barreira e bloqueio da transmissão vertical da sífilis em gestante. Desse modo, em continuidade à análise deste estudo, pôde-se investigar o tratamento no que diz respeito à prescrição e adequação, como também a realização concomitante do esquema terapêutico entre a gestante e o parceiro. A tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis quanto ao tratamento da sífilis na gestante e no parceiro sexual.

O esquema terapêutico prescrito para as gestantes apresentou ênfase para penicilina G benzatina 7.200.000ui (TABELA 3). Este esquema de tratamento é prescrito aos casos de sífilis latente e terciária com duração acima de um ano, ou nos caso em que o teste rápido (teste treponêmico) apresenta resultado reagente e a gestante não tem histórico de tratamento de sífilis (BRASIL, 2015).

Destaca-se na análise deste estudo que ao longo da serie histórica houve uma regressão nas taxas de tratamento não realizado ou tratamento realizado por outro esquema. Em 2011 a taxa de tratamento não realizado era de 20,57/100.000 e regrediu para

3,99/100.000, o mesmo ocorreu com a taxa de tratamento realizado por outro esquema terapêutico que em 2011 apresenta taxa igual a 1/100.000 e em 2018 apresenta taxa 0,20/100.000 (TABELA 3).

O não tratamento do parceiro esta apresentando taxa maior do que a variável tratamento realizado, em quase todos os anos avaliados, exceto pelo ano de 2017, é importante evidenciar que no ano de 2018 o não tratamento do parceiro apresentou a maior taxa da serie histórica com 66,90/100.000 parceiros não tratado.

Tabela 3: Características do tratamento medicamentoso das gestantes e dos parceiros sexuais. 2011-2018. Rio de Janeiro. 2019. (N: 4.028).

Variável	Ano							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Esquema de tratamento da gestante								
Penicilina G benzatina 2.400.000ui	5,99	9,59	8,19	9,19	2,20	2,80	9,79	14,18
Penicilina G benzatina 4.800.000ui	1,00	1,40	1,80	1,40	1,00	0,40	0,40	1,20
Penicilina G benzatina 7.200.000ui	24,96	50,12	67,50	59,51	93,06	84,47	134,40	141,99
Outro esquema	1,00	2,40	0,40	0,60	0,20	0,00	0,60	0,20
Não realizado	20,57	4,59	5,99	6,19	1,80	0,60	3,00	3,99
Parceiro realizou o tratamento concomitante a gestante?								
SIM	0,60	0,60	12,38	25,96	36,74	36,35	57,11	51,12
NÃO	1,40	2,20	13,98	31,15	33,95	37,34	53,92	66,90

Fonte: Adaptado, SINAN - TABNET – 2019.

Desse modo, estas informações corroboram com a inadequação do tratamento das gestantes de 72,54%, visto que para gestante atender os critérios de tratamento adequado é necessário tratamento da gestante de acordo com a fase clínica da sífilis, ser realizado com penicilina G benzatina e ainda tratamento do parceiro simultaneamente à mulher.

5. Discussão

As discussões dos resultados seguiram três itens de análise: 1) Incidência de sífilis em gestantes na AP 3.3 do município do rio de Janeiro, onde pretendeu-se discutir a incidência da sífilis na gestação e os possíveis fatores políticos e econômicos associados; 2) Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro, cujo objetivo foi analisar a incidência da sífilis e a relação com os determinantes sociodemográficos da AP 3.3; 3) Assistência ao tratamento da Sífilis em Gestantes na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro que teve como proposta discutir os dados clínico e epidemiológicos das gestantes notificadas com sífilis na AP 3.3.

5.1 Incidência de Sífilis em gestantes na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro

O resultado da pesquisa evidencia que a sífilis na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro esta em ascendência, em 2011 a incidência era de 62,61 gestantes com sífilis por 100.000 habitantes e no ano de 2018 164,35 gestantes com sífilis por 100.000 habitantes.

Estudos recentes, afirmam que a ocorrência de sífilis gestacional foi crescente em todas as regiões do país, principalmente na região sudeste, provavelmente por apresentar uma população mais numerosa e um maior número de subnotificações, quando comparada com as demais regiões (BOTTURA, 2019).

O estudo aponta que o Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa da região sudeste e a AP 3.3 possui 942.638 habitantes, com a terceira maior densidade populacional do Município (13.82 hab/km²).

Pinha e Marcolino (2016), afirmam que outros fatores importantes para o aumento da Sífilis em gestantes ao longo dos anos em todo o Brasil está relacionados melhoria da notificação, a facilidade ao acesso da gestante aos serviços de saúde principalmente após a expansão da Estratégia de Saúde da Família e a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos.

Na AP 3.3 observa-se ascensão da incidência da sífilis em gestante de acordo com a expansão e implantação das eSF, ao longo da série histórica o Rio de Janeiro passa por um processo de expansão da atenção primária, em 2011 a AP 3.3 possuía apenas 12,08% de cobertura da ESF no ano de 2018, 63% da população contava com o serviço. Tal expansão contribuiu para reorganização do serviço de saúde e a qualificação dos profissionais que atuavam na rede, proporcionando melhores condições da vigilância da sífilis em gestantes.

A Estratégia de Saúde da Família é a principal modalidade de organização da Atenção Primária a Saúde – APS. O papel essencial da APS é a organização dos sistemas universais de saúde (melhoria do acesso, resolutividade nos serviços de saúde, ações abrangentes e relação custo-efetividade) (STARFIELD, 2005).

Bárbara Starfield (2005), afirma em vários estudos, que países que implantam a APS como modelo central de gestão dos serviços de saúde apresentam pontos positivos. Considerando inclusive a dimensão financeira, a APS é condição necessária para otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes entre distintos serviços de saúde. Nos países que investem em APS de qualidade, as pessoas vivem mais e melhor.

Ao analisar a eficiência do diagnóstico precoce e a qualidade do tratamento das gestantes no período entre 2011 e 2018 na AP 3.3 (Gráfico 3 e Tabela 3), destaca-se avanço na assistência à sífilis na gestação, ou seja, conforme apontado por Barbara Starfield, ao ampliar as equipes de saúde da família, obtém progresso nos indicadores de assistência ao pré-natal, com avanço na assistência ao pré-natal é possível reduzir a incidência de sífilis congênita gerando economia para o SUS, visto que as sequelas e o tratamento da sífilis congênita geram altos custos para o SUS.

A eficácia da Estratégia Saúde da Família no Brasil tem sido reconhecida, inclusive internacionalmente, nos seus mais de 20 anos de existência, mesmo com todos seus limites e desafios. A ESF contribuiu para melhorar indicadores de saúde, como o acesso, a mortalidade infantil, a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral e as internações por condições sensíveis à atenção primária (MACINKO, 2018).

O Município do Rio de Janeiro, antes de 2009, tradicionalmente predominava um modelo hospitalar, apresentava baixa cobertura de ESF e se organizava em centros de saúde de formato tradicional, com médicos de especialidades básicas atendendo pessoas sem consistentes mecanismos de adscrição, acesso e acompanhamento.

Após 2009, a gestão da época deu prioridade à expansão da ESF. A expansão, foi marcada pela parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), pela adoção de lógicas e práticas como avaliação e remuneração por desempenho, melhoria da qualidade, normatização e busca por eficiência e transparência (SORANZ, 2016).

No ano de 2011, apenas 37,83% da população residente no município tinha acesso aos serviços de saúde ofertados pela ESF, ao longo dos anos é possível identificar a expansão da cobertura da ESF. Em 2017 o município contava com 1295 eSF o que correspondia a uma cobertura de 70,69% da população.

Concomitante a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, em 2013, o Brasil entrou em uma forte instabilidade política, agravada e complementada nos anos seguintes por crise econômica e social, a níveis crescentes de desemprego e violência. Em 2016, medidas de maior efeito sobre o SUS foram adotadas, como o congelamento de gastos via emenda constitucional, a mudança nos blocos de financiamento do SUS que altera a lógica de transferências de recursos federais com riscos potenciais para a APS, além da defesa de planos privados de saúde populares com baixa cobertura e da desregulação da saúde suplementar, ainda nesta conjuntura, ocorreu mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (SORANZ, 2016; MELO, 2019).

No meio da crise Brasileira, a saúde do município do Rio de Janeiro entrou em colapso. A escassez financeira gerou atraso no salário dos profissionais de saúde que estabeleceu constantes greves das categorias profissionais, que lutavam pelos seus direitos constitucionais. Este cenário corroborou para descontinuidade dos tratamentos de saúde, gerando dificuldade de acesso ao serviço expondo a população a precarização do serviço de saúde.

No ano de 2017, os gestores municipais da cidade do Rio de Janeiro anunciaram déficit no orçamento, principalmente na pasta destinada à saúde. Em meados de 2018, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS apresenta um estudo com a Reorganização dos Serviços de APS o objetivo desse estudo era a otimização de recursos, e ele previa, dentre outras medidas, a extinção de 184 eSF e 55 equipes de Saúde Bucal, e propunha nova tipologia de equipes, com base na PNAB 2017, com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe porém, apresentado como estratégia para qualificar e otimizar os serviços. Tal proposta foi feita com a justificativa da crise financeira e da expansão acelerada da ESF no ano de 2016. Entre abril de 2017 e dezembro de 2018 foram suprimidas 95 eSF. (SUBPAV, 2019; MELO, 2019).

O abrupto crescimento da incidência da sífilis em gestante na AP 3.3 entre o ano de 2017 e 2018, ocorreu no mesmo período em que a atenção primária do Município do Rio de Janeiro inicia o processo de redução de eSF, o que evidencia uma possível relação entre o aumento da incidência de sífilis em gestante e a redução do acesso aos serviços de saúde na atenção primária.

A sífilis é uma doença reemergente no Brasil como um todo, a ESF tem como objetivo principal a educação em saúde, melhorando as condições de vida e reduzindo a transmissão de doenças evitáveis (BESEN, 2007; Brasil 2017).

O aumento de casos de sífilis gestacional ao longo dos anos demonstra a necessidade de desenvolvimento de ações efetivas voltadas para o seu controle, no momento que se limita ou reduz o acesso aos serviços de educação em saúde, aumenta-se o número de patologias preveníveis.

Essa persistência da sífilis torna-se problema de saúde pública e pode estar relacionada à falta de percepção dos gestores e profissionais de saúde de que a sífilis pode gerar graves consequências para a mulher e seu conceito, a ausência ou baixa cobertura dos programas de prevenção, a existência de barreiras para o acesso à assistência ao pré-natal a estigmatização e discriminação com as infecções sexualmente transmissíveis são agravantes no controle e eliminação da doença (FERNANDES, 2018).

O pré-natal constitui-se um importante espaço de cuidado favorável à prevenção da sífilis congênita no entanto, estudos realizados no Brasil demonstram que as gestantes apresentam número de consultas de pré-natal, abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde e quando se analisa a solicitação de exames para rastreamento da sífilis na primeira consulta de pré-natal, o resultado encontrado, também está em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Para promover a melhoria das consultas de pré-natal, os profissionais de saúde, em especial o Enfermeiro, devem participar ativamente realizando atividades de educação em saúde que abordem e incentive as formas de prevenção da doença, o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva, captando as gestantes e iniciando precocemente o pré-natal e proporcionando uma assistência ao pré-natal de qualidade.

5.2. Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro.

A incidência de sífilis no Brasil mostra relação direta com a taxa de pobreza e suas decorrentes condições vulnerabilizantes, sejam comportamentais ou de acesso e qualidade da assistência à saúde (MACÊDO, 2017).

O perfil sociodemográfico das mulheres grávidas com sífilis na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro entre o período de 2011 e 2018 mostra maior incidência na faixa etária de 15 e 24 anos, mulheres que se declararam pretas e com escolaridade inferior ao ensino médio completo.

As pesquisas nacionais e regionais nos últimos dez anos demonstraram a prevalência de mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis tendo idade média de 23 anos (DOMINGUES, 2013).

Os achados sugerem a necessidade de ampliar o desenvolvimento de ações de prevenção e educação em saúde para o público de adolescentes e adultos jovens, incluindo as mulheres de maior vulnerabilidade (DOMINGUES, 2013).

Na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro uma média de 59% das mulheres notificadas com sífilis na gestação possui escolaridade igual ou inferior ao ensino médio completo. A média da soma das mulheres com ensino superior completo em todos os anos analisados é de 0,5%, dados convergentes com outros estudos realizados no Brasil e no mundo.

Marques (2018) salienta que a baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, a um limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde e, principalmente, às medidas de prevenção da infecção. As mulheres com baixa escolaridade têm maior dificuldade para realização do pré-natal, visto que resultados semelhantes foram relatados em estudo realizado no Rio de Janeiro, o qual avaliou dados das 5 regiões do país e constatou um número 3 vezes maior de casos de Sífilis entre mulheres com até 7 anos de estudo em comparação àquelas de maior escolaridade.

No que se referem à raça / cor, as mulheres Pretas são as que apresentam maior taxa de incidência de sífilis na gestação na AP 3.3, esse resultado encontra-se em consonância com estudos realizados em municípios de outros estados Brasileiros, que demonstram as desvantagens enfrentadas por mulheres pardas e negras em relação à assistência à saúde.

Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2011, evidenciou que mulheres Pretas são vítimas de desigualdade no acesso ao pré-natal adequado, assim como também contam com menor assistência até no momento do parto. Observa-se que as diferenças socioeconômicas impactam no acesso ao serviço de saúde, gerando piores indicadores entre pessoas não brancas (SANTOS, 2011).

Analisar a saúde das mulheres pretas sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença (THEOPHILO, 2018). As formas como as relações raciais estão configuradas no Brasil tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde.

No Brasil viveu-se e vive-se um movimento contínuo de exclusões sociais da população negra. A discriminação racial tem um contexto histórico iniciado no período da

escravidão. Os processos históricos de violência e exclusão vivenciados pelas populações negras no Brasil geraram marginalizações de vários níveis. Os indicadores da desigualdade racial, especialmente os que demonstram como pessoas negras (em comparação com brancas) têm menos acesso a serviços de infraestrutura e habitação, menos anos de estudos (escolaridade inferior) e que estão inseridos no mercado de trabalho em profissões e ocupações de menor prestígio e menores salários. Enfim, várias são as vulnerabilidades que afetam as pessoas negras no país, gerando exclusão e preconceito. Essas vulnerabilidades e esses marcadores podem ser vistos como determinantes sociais da saúde (HERINGER, 2002; CUNHA, 2012; GUIMARÃES, 2008).

O Ministério da saúde vem desenvolvendo políticas públicas com intuito de combater a exclusão social, a Constituição Federal Brasileira fez o direito à igualdade entre os povos e efetivou os princípios de um Sistema Único de Saúde universal, igualitário e integral.

Além dos fatores como idade, escolaridade e cor, outros elementos também podem contribuir no processo saúde e doença da população. O abastecimento adequado de água, o fornecimento de energia elétrica, o serviço de tratamento de esgoto, o recolhimento de lixo, a renda per capita e condição de moradia, são importantes determinantes de saúde.

Dessa forma, este estudo buscou avaliar os determinantes de saúde sociodemográfico da AP 3.3 analisando os indicadores do Índice de desenvolvimento social e relacionando-os com a incidência de sífilis na região.

O índice de desenvolvimento social - IDS - é uma combinação de diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente em um único indicador (nível educacional, conforto e saneamento). O IDS traduz as desigualdades e expressa a vulnerabilidade social de uma população mediante a uma escala de classificação baixo, médio baixo, médio alto e alto, a qual apresenta taxa de variação de 0 a 1 (0 = menor valor e 1 = maior valor) (Cavallieri, 2008).

A AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro possui 7.689,88km² de extensão, distribuído em 28 bairros, tem uma população de aproximadamente um milhão de habitantes, sendo que 500.750 é do sexo feminino, a região apresenta a terceira maior densidade populacional do Município (13.82 hab/km²), com 50% da população residindo em comunidade. A AP 3.3 apresenta um médio - baixo Índice de desenvolvimento social (IDS= 0,562) o que a caracteriza a como região de extrema vulnerabilidade social. O IDS do Município do Rio de Janeiro no ano de 2010 foi calculado a partir da análise de 8 indicadores, esses indicadores são divididos em 4 grandes dimensões: acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e distribuição de renda.

Importante destacar que o IDS considera rede de abastecimento de água potável adequado às residências que recebem água encanada própria para consumo. Quanto ao serviço de esgoto adequado, consideram-se todas as residências que desprezam seu esgoto de forma encanada. No que se refere ao serviço de lixo adequado o indicador consiste em residência que tem recolhimento diário do lixo, ou local para desprezo, com latões ou caçambas.

No Brasil, o saneamento básico tornou-se uma necessidade, pois o crescimento populacional e o aumento da exploração dos recursos naturais afetaram diretamente o meio ambiente e, por consequência, a saúde da população. O investimento em saneamento básico e saúde trazem ganhos significativos de bem-estar à população, contribuindo na diminuição da pobreza e promovendo a cidadania.

Com o objetivo de avançar na melhoria do saneamento básico no Brasil foi criado o Plano Nacional de Saneamento Básico - PLAN SAB, que é uma política pública exigida pelo governo federal, onde os municípios possuem um prazo para elaborar seu plano e executá-lo. A normatização dessa política e suas diretrizes foram estabelecidas conforme a aprovação da lei nº 11.145/2007 chamada de Lei de Saneamento Básico, em que todas as prefeituras possuem a obrigação de elaborar seu plano de Saneamento Básico (SENADO FEDERAL, 2015; SCHILLING, 2019).

A meta do PLAN SAB é garantir que, até 2023, 100% do território nacional seja abastecido por água potável, e até 2033, 92% dos esgotos estejam tratados. (SENADO FEDERAL, 2015; SCHILLING, 2019).

A pesquisa evidenciou que o território da AP 3.3 possui 98,49% dos domicílios com adequado abastecimento de água potável, 99,42%, com o serviço de esgoto sanitário adequado e 92,55% e das residências com serviço de coleta de lixo adequado, enquanto o Brasil apresenta apenas 88,3% de suas residências com abastecimento de água potável, 83% das casas possuindo o serviço adequado de coleta de lixo e 66,3% com serviço adequado de esgoto sanitário.

No que se refere ao abastecimento adequado de água, energia elétrica e desprezo de esgoto, a AP 3.3 apresenta bons resultados, porém é importante destacar que esta AP é composta por 28 bairros com características políticas e econômicas bem distintas. Ao analisar os indicadores de saneamento básico por bairro, identifica-se uma intensa variação, os bairros com maior investimento político e econômico como Madureira, Irajá, Cascadura os índices de saneamento básico apresenta valores próximo ao evidenciado pelo estudo na AP 3.3, porém os bairros com maior concentração de comunidades apresentam valores bem menores do que

foi apontado na AP 3.3, como exemplo os Bairros Acari, Coelho Neto e Barros filho que apresentam apenas 83% das residências com desprezo adequado de esgoto.

No aspecto da qualidade habitacional, o indicador foi calculado a partir do número de banheiros por residência, relacionando com o número de moradores, este indicador pode dar uma boa ideia do conforto residencial e capturar a diversidade das habitações de um lugar, no que concerne a um dos seus aspectos mais importantes (CAVALLIERI, 2008).

Na AP 3.3 a taxa de banheiro por habitante é de 1,24, dado inferior ao apresentado pelo município que é 1,50 banheiros por habitante, no Brasil a média de banheiros por habitante é de 1,30, este dado sugere que é necessário avançar no processo de qualidade habitacional em todo o Brasil, Pasternak (2016) refere que mais de 3 milhões de residências no país não possui sequer um banheiro.

Habitação e meio ambiente têm profundo impacto na saúde humana: é estimado que se passe, 80% a 90% do dia em meio ambiente construído e a maioria desse tempo em casa. Assim, riscos em relação à saúde nesse ambiente são de extrema relevância. O papel da habitação para a saúde é ainda realçado porque são justamente os mais vulneráveis (doentes, idosos, crianças, gestantes e inválidos) que lá passam a maior parte do seu tempo (PASTERNAK, 2016).

Em relação à escolaridade, o indicador do IDS, evidenciou que apenas 3,41% da população entre 10 e 14 anos da AP 3.3 é analfabeta, porém a pesquisa revela que a maioria das mulheres diagnosticada com sífilis na gestação na AP 3.3, possui escolaridade inferior ao ensino médio completo.

A baixa escolaridade apresenta relação direta com o aparecimento de doenças, visto que a baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, a um limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde e, principalmente, às medidas de prevenção da infecção (MARQUES, 2018). A escolaridade é um sensível indicador socioeconômico, relacionado principalmente ao acesso à assistência pré-natal.

Pesquisa realizada sobre indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil revelou que, entre as mulheres que não possuíam nenhuma instrução, foi encontrada maior proporção de nascidos vivos cuja gestação não teve qualquer consulta pré-natal. Dentre as mães mais escolarizadas, com 12 anos ou mais de estudo, está à maior percentagem de nascidos vivos cuja gestação teve o acompanhamento realizado por sete ou mais consultas pré-natal. A educação se revela um fator fundamental na percepção da importância da assistência à saúde materno-infantil (BRASIL, 2009).

Outro importante indicador apresentado neste estudo se refere à disponibilidade de renda. Na AP 3.3 do município do Rio de Janeiro, 59,13% da população vive com renda per capita de até um salário mínimo, quando analisado o número de famílias que vive com mais de 5 salários mínimos foi identificado apenas 1,87%. Os dados sugerem que a região estudada apresenta uma população com baixo poder aquisitivo o que as colocam vivendo em condições vulnerabilizantes.

Neri (2007) aponta que o Nível de renda e o estado de saúde são variáveis correlacionadas tanto pelo fato de aumento da renda propiciar maior acesso a bens e serviços, que se refletem em melhorias no estado de saúde das pessoas, como pelos ganhos de produtividade e de renda propiciados por melhorias da saúde do trabalhador. Neri concluiu que pessoas com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e um menor uso dos serviços de saúde.

Os bairros da AP 3.3 que possui a maior concentração de favelas, apresentam um maior número de pessoas com renda familiar de até 1 salário mínimo. Os Bairros de Acari, Costa Barros e Coelho Neto chegam a apresentar aproximadamente 80% da população com renda per capita igual ou menor que um salário mínimo.

A associação de baixos níveis socioeconômicos com piores condições de saúde tem sido documentada, por meio de estudos populacionais, em diversos grupos de idade e em diferentes áreas do mundo. O baixo poder aquisitivo está relacionado a uma série de condições negativas, podendo contribuir para a perda da autonomia funcional, a exemplo da baixa escolaridade, escassez de emprego, condições precárias de saúde, dentre outros fatores. As pessoas de condições menos favorecidas economicamente possuem 3,3 vezes mais chances de apresentar alguma dependência do tipo moderada a grave em relação às de classes economicamente mais favorecidas (DOMINGUES, 2014).

Nessa perspectiva, o estudo evidencia que a alta incidência da sífilis em gestante na AP 3.3 não está atrelada somente à atenção ao pré-natal, às desigualdades sociais apresentadas neste estudo deve ser consideradas no momento em que se planejam estratégias para combate da doença.

Estudos realizados nos Estados Unidos e Bolívia apontaram para a importância das características socioeconômicas e demográficas para a ocorrência de sífilis congênita, e a limitação ao acesso à atenção pré-natal. A sífilis guarda uma estreita relação com estes fatores o que a faz distribuí-se de forma tão desigual no mundo (LIMA et al., 2013; MELO ET AL., 2019).

Neste contexto esta pesquisa traz a abordagem para reflexão, considerando os achados enfatizados em estudo de âmbito internacional.

5.3 Assistência ao tratamento da Sífilis em Gestantes na AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro

Apesar de a incidência da sífilis em gestantes na AP 3.3 estar em ascendência, de acordo com os dados da série histórica (Gráfico 1), a pesquisa mostra que a qualidade no manejo da sífilis durante o pré-natal vem melhorando. A taxa de diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre de gestação aumenta, principalmente após o ano de 2015 (Gráfico 2). Em 2018 a taxa alcança o melhor resultado da série histórica 89,47 gestantes por 100.000 habitantes são diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação.

A identificação da doença precocemente na gestação é o essencial para evitar a contaminação fetal. Para a identificação da sífilis é necessário à realização de testes laboratoriais, já que a maioria das mulheres se encontra assintomática. Desde 2015 o Ministério da Saúde incluiu o rastreamento de gestantes com a realização de teste rápido, que apresenta excelente sensibilidade e especificidade. Como são testes treponêmicos, a sua positividade já confirma a presença de infecção e autoriza o tratamento, o VDRL deve ser realizado para controle de cura, dessa forma é de suma importância à realização do teste treponemico no primeiro contato com a gestante (BRASIL, 2015).

O estudo mostra que os profissionais de saúde realizam as consultas de pré-natal e seguem as condutas recomendadas pelo Ministério da saúde, logo no primeiro contato com a gestante, para que possa identificar precocemente a sífilis gestacional.

É enfatizado pelo Ministério da Saúde (2013) que o Médico e o Enfermeiro no primeiro contato com a gestante deve solicitar o VDRL e realizar teste rápido para detecção da sífilis a fim de identificar os casos e tratar de forma imediata e prioritariamente com a penicilina que é a droga de escolha tanto a gestante como os parceiros sexuais da mesma. Estes exames devem ser repetidos no terceiro trimestre da gestação.

Segundo Santos (2016) a transmissão vertical do *Treponema Pallidum* é por via transplacentária, podendo ocorrer qualquer período da gestação, mostra-se, entretanto, mais comum no primeiro trimestre de gestação. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema Pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero, portanto quanto antes for diagnosticado menor a chance de desenvolver sífilis congênita.

O estudo evidenciou (Gráfico 3) que entre 2011 e 2014 havia uma baixa oferta do teste rápido para o diagnóstico precoce da sífilis na primeira consulta de pré-natal. Após o ano de 2015 quando o Ministério da saúde intensifica a oferta do teste rápido treponêmico, é possível identificar o aumento de mulheres que realizam tal exame.

O diagnóstico oportuno da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e seus parceiros sexuais. A ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis (BRASIL, 2017).

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico e triagem de sífilis na Atenção Básica, forma o conjunto de estratégia implantada pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico e detecção da sífilis.

Embora a sífilis seja uma doença conhecida há séculos e que tenha agente etiológico bem definido, tratamento eficaz e de baixo custo, estabelecido desde 1943, é grande a proporção de gestantes infectadas que não são sujeitas às ações terapêuticas recomendadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em relação ao controle e prevenção da transmissão vertical (CAMPOS, 2010).

A sífilis faz parte de um grupo de doenças que são consideradas tratáveis e a sua incidência durante o pré-natal com ausência de tratamento ou com tratamento inadequado, sugere a falha durante o processo do pré-natal. A sífilis congênita é uma das doenças que indica déficit no manejo do pré-natal.

O estudo aponta que na AP 3.3 a maioria dos tratamentos prescritos para as gestantes foram adequados, teve ênfase para o esquema terapêutico de 7.200.000UI de Penicilina G Benzatina. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado configura-se como barreira e bloqueio da transmissão vertical da sífilis em gestante.

O Ministério da saúde (2016) recomenda realizar o tratamento com 2.400.000 UI de penicilina benzatina para a sífilis primária, 2.400.000 UI por duas semanas consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e 2.400.000 UI a cada semana, por três semanas, para a sífilis tardia ou de duração indeterminada. Para as gestantes com alergia a penicilina, evento muito raro, a recomendação é dessensibilizar e utilizar penicilina, única droga que trata o feto. Portanto, o tratamento como o diagnóstico são bastante acessíveis.

Na AP 3.3 obteve-se um grande avanço, quanto à prescrição ao tratamento. Em 2011 a taxa de tratamento não realizado era de 20,57/100.000 e regrediu para 3,99/100.000, o mesmo ocorreu com a taxa de tratamento realizado por outro esquema terapêutico (Tabela 3) que em 2011 apresenta taxa igual a 1/100.000 e em 2018 apresenta taxa 0,20/100.000.

Em 2006, com o objetivo de fortalecer a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o Pacto pela Saúde. Por esse instrumento, estados e municípios se comprometem a desenvolver as ações necessárias para o cumprimento de metas adequadas à realidade local, de modo que suas prioridades pudessem agregar-se à agenda nacional (MAGALHÃES, 2013).

Um dos seus eixos (Pacto pela Vida) aponta para a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas, indicando a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis como estratégias para sua execução (MAGALHÃES, 2013).

Apesar do avanço no pré-natal com diagnóstico precoce e a adequação a prescrição do tratamento da sífilis a gestante, o estudo mostra que o não tratamento do parceiro concomitante a gestante vem aumentando, e no ano de 2018 alcança a maior taxa de parceiros com tratamento não realizado (66,90/100.000 hab.) a inadequação do tratamento do parceiro é um fato que se assemelha aos achados em outros estudos realizados no Brasil. A inclusão do parceiro no pré-natal pode ser uma importante estratégia para a abordagem do problema.

Bertoni (2019) refere que a dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando a baixa procura por atendimento. Pode também estar associada à visão que os homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado. Por outro lado, existem ainda questões inerentes aos serviços e ao comportamento dos parceiros, como é o caso do uso de drogas e álcool.

Na AP 3.3 evidencia-se uma dificuldade para o tratamento do parceiro concomitante a gestante, justamente pela vulnerabilidade social existente. 50% da população residem em comunidade, portanto a maioria dos parceiros sexuais das gestantes prestam serviços informais, dificulta a presença do mesmo na unidade de saúde, estratégias como busca ativa e flexibilidade no horário de atendimento foi implantado, porém não se obteve melhores resultados.

Existem, na literatura, poucos detalhamentos acerca das questões que envolvem as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Portanto, a compreensão do que ocorre com esses parceiros é de extrema importância para a

eliminação da sífilis congênita, uma vez que esse problema é um dos maiores empecilhos para que a gestante seja considerada adequadamente tratada, tendo como consequência a necessidade de tratamento do bebê, o que pode gerar transtornos para a família. A maior parte dos trabalhos relacionados à sífilis gestacional analisa variáveis das gestantes e as poucas informações referentes aos parceiros limitam-se à adequação ou não do tratamento recebido (HOLANDA,2011).

O estudo apontou que a incidência da sífilis em gestante tanto na AP 3.3 quanto no município do Rio de Janeiro e no Brasil esta em ascendência, esse comportamento epidemiológico, também pode ser observado na sífilis congênita. Neste contexto o presente estudo demonstra que a fragilidade no tratamento adequado da sífilis durante a gestação não permeia apenas no campo da saúde, fatores sociais e demográficos estão associados ao manejo adequado da sífilis em gestante.

6. Considerações Finais

Diante da Análise do perfil sociodemográfico e epidemiológico das gestantes diagnosticadas com Sífilis na AP 3.3 do município do Rio de Janeiro, o estudo aponta a necessidade de implementação em Políticas Públicas para o controle da alta incidência da sífilis em gestante.

A pesquisa evidenciou que os determinantes e condicionantes sociodemográfico tem relação direta com a incidência de sífilis, visto que a AP 3.3 vem apresentando desde 2011 um elevado aumento na incidência de sífilis em gestante. Coexistente a este aumento, é apontado por este estudo, que a região da AP 3.3 apresenta um extenso número de favelas, sendo a terceira região com a maior densidade demográfica do Rio de Janeiro e ainda expressa um dos menores Índices de Desenvolvimento Social do município, portanto ao investir nas Políticas Públicas de Saúde, deve-se pensar para além do tratamento clínico, para obter o sucesso desejado.

A pesquisa mostra que a maior incidência de sífilis em gestante ocorre em pessoas jovens, pretas, com baixa escolaridade, ou seja, quanto mais vulnerável maior a chance de adquirir à doença. Estudos realizados sugerem que pessoas pretas tendem a possuir baixa escolaridade, fato que ocorre pelo contexto histórico de exclusão deste grupo, desde a época da escravidão. A baixa escolaridade é um agravante importante para o tratamento da sífilis, visto que quanto menor os anos de estudo, maior a chance destas mulheres em não aderirem às consultas de pré-natal e ao tratamento adequado da doença.

Em relação ao diagnóstico e tratamento o estudo aponta que no decorrer da série histórica a AP 3.3 apresenta melhora nos indicadores. Observa-se que após a implementação e expansão da saúde da família, as gestantes passam a ser diagnosticadas com sífilis no primeiro trimestre de gestação, o que proporciona maior segurança no manejo da sífilis e menor chance de transmissão vertical.

Quanto ao tratamento destaca-se que uma redução da variável tratamento não realizado e tratamento realizado por outro esquema terapêutico, que não seja a penicilina. Essas duas variáveis asseguram que o tratamento foi realizado conforme recomendação do Ministério da Saúde, pois a única droga que assegura o tratamento fetal é a penicilina.

No que concerne ao tratamento do parceiro concomitante a gestante constata-se que a adesão do parceiro ao tratamento da sífilis em gestante ainda é um grave problema na saúde pública, o que sugere a necessidade de investimentos do Ministério da saúde em

programas voltados para saúde do homem, principalmente programas que visa à participação do homem nas consultas de pré-natal.

Apesar de uma vasta literatura sobre a sífilis gestacional, no Brasil e em outros países, evidenciando que os determinantes sociodemográficos são fatores de risco para a infecção da sífilis, embora se tenha conhecimento estabelecido de que as mulheres com maior vulnerabilidade realizam menor número de consultas ao pré-natal, às estratégias adicionais visando à melhoria e o desenvolvimento sociodemográfico da população Brasileira mostra-se insuficientes.

As desigualdades sociais em saúde constituem um dos temas mais discutidos no campo da saúde coletiva, assim como a identificação das principais intervenções que devem ser feitas para alcançar melhores níveis de saúde, educação e desenvolvimento social. As intervenções sociais e demográficas são as menos passíveis de modificação. Os riscos reprodutivos são influenciados por questões que ultrapassam o âmbito biomédico. As políticas públicas de saúde devem transpor esse limite e desenvolver abordagens que contribuam mais significativamente na diminuição dos efeitos das grandes desigualdades sociais.

Frente ao estudo apresentado, destaca-se a importância do reconhecimento da sífilis gestacional como um importante problema de saúde pública por todas as esferas do governo, pelos profissionais da saúde e pela população em geral.

Para reduzir a incidência da sífilis congênita é fundamental colocar em práticas as políticas públicas de saúde voltadas para o seu controle e se necessário, investir em novas políticas mais eficientes, os investimentos também precisam ser voltados para redução das desigualdades social a fim de diminuir as vulnerabilidades na qual a população da AP 3.3 está exposta.

A participação de todos os profissionais da saúde na constante vigilância da sífilis é primordial para redução de sua incidência, principalmente a do enfermeiro, visto que a partir de suas ações adequadas baseadas no conhecimento técnico-científico podem interferir diretamente no controle da sífilis congênita, a partir de uma assistência pré-natal de qualidade, integral e humanizada. Além disso, deve-se destacar a importância do enfermeiro assumir o seu papel de educador em saúde e sensibilizar a população quanto à relevância do controle dessa doença.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMENDOLA, F. et al. Índice de vulnerabilidade a incapacidades e dependência (IVF-ID), segundo condições sociais e de saúde. **Ciência &Camp; Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2063–2071, jun. 2017.
2. ASSIS, D. N. C. ; RODRIGUES, L. O. **Índice de Desenvolvimento Social dos Municípios Cearenses: IDS 2012-2015**. Fortaleza - CE, 2017.
3. AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 81, n. 2, p. 111–126, mar. 2006.
4. BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1350–1360, jun. 2019.
5. BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 57–68, abr. 2007.
6. BOTTURA, A. R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 69-75, mai./ago., 2019.
7. BRASIL, C. N. DE S. DE S. **CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. BRASÍLIA, 2016.
8. BRASIL, M. DA S. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. 2. Brasília, 2015.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. **DIRETRIZES OPERACIONAIS Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. BRASÍLIA, 2006.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. v. 2. Brasília:2007.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.
12. BRASIL. Lei nº 11.145 de 05 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a regulamentação do saneamento básico no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília. 05 jan 2007.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2015**. Ano IV nº 1. Brasília. 2016.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2016**. Vol. 47 nº 35. Brasília. 2017.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2017**. Vol. 48 nº

36. Brasília. 2018.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BR)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis**. 1ª edição. Brasília. 2010.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2009.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 542 de 22 de dezembro de 1986. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Pré-natal**. Brasília. 1986.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde. Saúde da mulher brasileira**. Revista Promoção da Saúde – ano 3 – nº 6 – outubro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
21. CAMPOS, A. L. DE A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1747–1755, set. 2010.
22. CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Campo: Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 563–574, fev. 2018.
23. CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1996.
24. CAVALLIERI, F et al. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Pereira Passos. 2008.
25. COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767–785, dez. 2010.
26. Cunha E. M. G.P. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. **Saúde da População Negra Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**; 2012. p. 22-33.
27. DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766–774, out. 2014.
8. DOMINGUES, R. M. S. M. et. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Revista Ciência e saúde Coletiva**, Vol. 18, n. 15, p 1341-1351, Maio. 2013.

9. FERNANDES R. C. S. C., FERNANDES P. G. C. C., NAKATA T. Y. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de campos. **Rev. DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente transmissível**, Rio de Janeiro, v.19, n.3-4, p.157-161, Nov. 2018.
30. GRIEBELER, A. P. D. **A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
31. GUIMARÃES, A. S. A. **Preconceito e discriminação: queixas de ofensas e tratamento desigual dos negros no Brasil**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade São Paulo, São Paulo. 2008.
32. HOLANDA, M. T. C. G. DE et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203–212, jun. 2011.
33. **IBGE**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 29 nov. 2019.
34. **INSTITUTO PEREIRA PASSOS**. Disponível em: <<http://www.data.rio/>>. Acesso em: 1 dez. 2019.
35. LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005.
36. LIMA, V. C. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 56–61, 24 fev. 2017.
37. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, dez. 2003.
38. MACÊDO, V. C. DE et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 51-78. Ago. 2017.
39. MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18–37, set. 2018.
40. MAGALHÃES, D. M. DOS S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1109–1120, jun. 2013.
41. MARQUES, J. V. S. et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL: CLÍNICA E EVOLUÇÃO DE 2012 A 2017. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, 15 dez. 2018.

42. MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56–64, fev. 2014.
43. MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. DE; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4593–4598, 25 nov. 2019.
44. MELO, N. G. D. O.; MELO FILHO, D. A. DE; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 213–222, jun. 2011.
45. MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, p. 325–327, jul. 2008.
46. NERI, M. C.; SOARES, W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1845–1856, ago. 2007.
47. OPAS, Pan American Health Organization. **Elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in the Americas [Update]**. Washington: PAHO; 2017.
48. PASSOS, M. R. L. Sífilis Congênita: Uma Vergonha que Insistem em Perpetuar. **Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissível**, v.17, n 1, p. 3-5, jan. 2005.
49. PASTERNAK, S.; PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 51–66, abr. 2016.
50. PINHA, M. R. D. S.; MARCOLINO, J. D. S. Internações por sífilis congênita no Brasil e na região sul, de 2010 a 2014. **REVISTA UNINGÁ**, v. 47, n. 2, 21 mar. 2016.
51. REIS, G. J. DOS et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00105517, 6 set. 2018.
52. RIO DE JANEIRO, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis: Adquirida, Materna e Congênita**. Nº 1/ 2017. Rio de Janeiro. 2017.
53. RIO DE JANEIRO, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis: Adquirida, Materna e Congênita**. Nº 1/ 2018. Rio de Janeiro. 2018.
54. Santos J. A .F. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, vol. 54, n 1, p. 41 - 87, nov. 2011.
55. SANTOS, S. C. DOS; GRAMACHO, R. DE C. C. V. Detecção precoce da sífilis no pré-natal. 2016.

56. SARACENI, V.; LEAL, M. DO C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1341–1349, out. 2003.
57. SCHILLING, R. L. **Políticas públicas de saneamento básico: inserção e participação social**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública) - Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
58. SIMÕES, P. P. et al. Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences / BJHBS**, v. 15, n. 3, p. 200–208, 2016.
59. SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.
60. SOUZA, E. M. DE. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 5, p. 547–548, out. 2005.
61. STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.
62. **SUBPAV**. Disponível em: <<https://subpav.org/cnes/>>. Acesso em: 29 nov. 2019.
63. SZWARCOWALD, C. L. et al. Resultados do estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **jornal brasileiro doenças sexualmente Transmissíveis**. v. 19. n. 3. p. 128-133, nov. 2007.]
64. THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3505–3516, 2018.
65. TOMASI, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.
66. XAVIER, R.B.; JANNOTTI, C.B.; DA SILVA, K.S.; da MARTINS, A.C. **Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.4, p. 1161- 1171, abril. 2013.