



SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2012 A 2019

GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS AND PRIMARY HEALTH CARE IN THE FEDERAL DISTRICT FROM 2012 TO 2019

Janaína de Oliveira¹; Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem^{2*}; Maria Regina Fernandes de Oliveira³

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF);

²Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Distrito Federal (DF).

***Autor correspondente:** Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem – Email: tania.rehem@gmail.com.

Recebido: 02 set. 2024

Aceito: 04 dez. 2024

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



RESUMO: Objetivo: Descrever as taxas de sífilis gestacional e congênita no Distrito Federal e compreender, na percepção dos profissionais, o papel da Atenção Primária no cuidado às usuárias. **Métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico ecológico descritivo dos casos notificados de sífilis e dos óbitos por sífilis congênita entre 2012 e 2019 e um estudo qualitativo, em 2021, utilizando entrevistas semiestruturadas com profissionais da Atenção Primária. **Resultados:** Houve aumento na taxa de detecção de sífilis gestacional e da prevalência de sífilis congênita nos anos estudados. A cobertura da estratégia saúde da família elevou-se no período de 2017 a 2018, atingindo mais de 50% de cobertura. A partir da análise de conteúdo, os servidores trouxeram elementos a respeito do Modelo de Vigilância da Sífilis Gestacional e Congênita e da Atenção Primária no Distrito Federal. **Conclusão:** O estudo destacou as dificuldades e potencialidades para a atenção à sífilis, contribuindo para a qualidade dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Sífilis; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT: Objective: To analyze the rates of gestational and congenital syphilis in the Federal District and explore, from the perspective of healthcare professionals, the role of Primary Health Care in managing these cases. **Methods:** This study combines a descriptive ecological analysis of syphilis cases and congenital syphilis-related deaths reported between 2012 and 2019 with a qualitative analysis conducted in 2021 through semi-structured interviews with Primary Health Care professionals. **Results:** There was a notable increase in both the detection of gestational syphilis and the prevalence of congenital syphilis during the study period. Coverage of the Family Health Strategy grew between 2017 and 2018, exceeding 50%. Content analysis revealed valuable insights from healthcare workers regarding the gestational and congenital syphilis surveillance model and Primary Health Care practices in the Federal District. **Conclusion:** The study highlighted both the challenges and opportunities for improving syphilis care, providing valuable information to enhance the quality of services.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health Strategy; Syphilis; Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

A sífilis, uma infecção sexualmente transmissível, continua a ser um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente nas suas formas gestacional e congênita, que constituem uma parte significativa dos casos registrados no país¹. A sífilis é uma IST persistente, com a descoberta do agente etiológico *Treponema pallidum*, há milênios. Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que houve 6,3 milhões de novos casos de sífilis no mundo, com uma prevalência de 0,5% entre homens e mulheres. Essa taxa varia regionalmente, apresentando valores que vão de 0,1% a 1,6%².

Os desafios para sua eliminação perseguem os desafios da saúde pública em nível global³. Os resultados negativos da sífilis não tratada durante a gravidez incluem natimorto, baixo peso ao nascer e infecção congênita. Apesar de a transmissão vertical poder ser prevenida com tratamento com penicilina administrada pelo menos 30 dias antes do parto, a sífilis congênita continua a ser um importante problema de saúde pública no século XXI⁴.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória regular (em até sete dias) em todas as suas formas e condições, em todo o território nacional⁴. Os principais objetivos do modelo de vigilância em relação às sífilis gestacional e congênita incluem desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade; definir e indicar as medidas de controle de transmissão e interromper a cadeia de transmissão⁵.

No caso de sífilis congênita os objetivos da vigilância concentram-se em monitorar o perfil epidemiológico e suas tendências; identificar casos para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pre-natal; e acompanhar e avaliar as ações de sua eliminação.

No Distrito Federal (DF), o Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2020/2024 segue as orientações do Ministério da Saúde tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como principais unidades de notificação da sífilis gestacional e as maternidades para a notificação de sífilis congênita utilizando-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) on line como sistema de informação principal⁶.

O DF compartilha o aumento de casos notificados de sífilis adquirida, em gestantes e congênita, assim como no Brasil. Quanto às notificações de sífilis em gestantes no Distrito Federal no período de 2012 a 2017, foram detectados 1.454 casos. Com aumento, neste ano, tanto do número de casos quanto no coeficiente de detecção, este coeficiente chegou a 8,7 por 1.000 nascidos vivos significando aumento de 0,7% em relação ao ano 2016. Já em relação à sífilis congênita, no DF, foram notificados 1.158 casos, no período de 2012 a 2017. A análise das notificações de sífilis congênita demonstra aumento do número de casos e da taxa de prevalência. Em 2012 foram registrados 130 casos, e em 2016, 225 casos. A taxa de prevalência nesses anos foi de 3,0 e 5,2, respectivamente, por 1.000 nascidos vivos⁷.

No DF os acontecimentos que envolvem a saúde pública seguiram os percursos nacionais, sendo a capital federal pioneira no atendimento universal da população residente. Desde a sua criação em 1960, o DF implantou sistema de saúde sem qualquer discriminação oficial até a instituição do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) no ano de 1988, seguido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando a universalidade se estabeleceu em todo o território do país e para toda a população residente, por meio da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8.080 e 8.142 de 1990⁸. Em 2016, encontrava-se com apenas 28,17% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), indo de encontro à organização prioritária da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Dessa forma, identificou-se a necessidade de reorganização do modelo de saúde pública no DF. Ao término do ano 2018, a cobertura da ESF estava superior a 50%⁹.

A pesquisa teve por objetivo descrever o comportamento da taxa de detecção da sífilis na gestação, a taxa de prevalência da sífilis congênita e a taxa de mortalidade de sífilis congênita, no período

de 2012 a 2019; e compreender, na percepção dos profissionais, o papel da Atenção Primária no cuidado às usuárias quanto à sífilis gestacional e sífilis congênita.

MÉTODOS

Foram realizados dois estudos no Distrito Federal: um estudo epidemiológico ecológico descritivo do comportamento da taxa de detecção da sífilis gestacional, da taxa de prevalência da sífilis congênita e da taxa de mortalidade de sífilis congênita, para o período de 2012 a 2019, e um segundo estudo, qualitativo, que ocorreu no ano de 2021, por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que realizaram atividades de assistência e vigilância ao usuário na linha de cuidados do pré-natal na APS da Região de Saúde Leste.

O período de estudo justifica-se pela análise das notificações cinco anos previamente à mudança do conceito diagnóstico de sífilis congênita e gestacional e pelas mudanças que vem ocorrendo para a organização da APS ao longo deste período, no DF.

Para a realização do estudo epidemiológico, incluíram-se mulheres e crianças que foram notificadas por sífilis gestacional e congênita, respectivamente, no Distrito Federal, no período de 2012 a 2019.

Foram selecionadas as variáveis constantes na ficha de notificação do SINAN e Sistem de Informação sobre Mortalidade (SIM) como, por exemplo: mês e ano da notificação, estabelecimentos de saúde que realizaram a notificação, distribuição de casos de sífilis por sexo, idade, raça/cor, escolaridade, local de residência, teste treponêmico, tratamento instituído, tratamento do parceiro e evolução do caso.

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

- a) Taxa de detecção de sífilis gestacional dada pelo número de casos notificados por ano dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano/local e multiplicado por 1.000;
- b) Taxa de prevalência de sífilis congênita dada pelo número de casos de sífilis congênita residentes em determinado município por nascidos vivos de mães residentes do mesmo município, no período considerado;
- c) Taxa de mortalidade de sífilis congênita dada pela razão entre o número de óbitos por sífilis congênita para cada 100.000 nascidos vivos;

Os dados de sífilis na gestação e sífilis congênita foram extraídos do SINAN e disponibilizados pela Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis – GEVIST, da SES-DF. Os dados de óbitos foram extraídos do SIM com classificação por causa básica e/ou causas associadas com variação dos códigos de A50.0 a A50.9 da CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Dados populacionais, de nascidos vivos, foram acessados na sala de situação da SES-DF¹⁰, o qual mostra a base de dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de Vigilância a Saúde do Distrito Federal que possui como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados de cobertura das equipes de estratégia de saúde da família foram retirados do sistema de informação e-Gestor AB ⁹ o qual utiliza dos dados oriundos do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em relação ao estudo qualitativo, foram incluídas as UBS que estavam localizadas na região leste, contemplando tanto UBS da área urbana com até três ESF (Tipo 1) e com mais de três ESF (Tipo 2) quanto

UBS com ESF da área rural. Além disso, foram selecionadas aquelas que tiveram menos e mais notificações de sífilis gestacional e congênita, no período de estudo, com exclusão daquelas equipes que atuavam no sistema prisional. No total foram incluídas quatro UBS, sendo uma da área rural e três da área urbana.

Quanto aos profissionais, participaram os médicos, os enfermeiros, os auxiliares e técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, que atuavam na assistência direta ao usuário nas UBS selecionadas para o estudo, totalizando 16 servidores. Foram excluídos os profissionais afastados por mais de seis meses do exercício profissional nos últimos dois anos.

Os dados empíricos foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, mediante roteiro contemplando questões norteadoras, buscando verificar a percepção dos profissionais sobre o papel da APS no cuidado aos usuários para o enfrentamento da sífilis congênita e gestacional. As falas foram gravadas e transcritas, sendo mantido o conteúdo literal, com identificações fictícias das UBS (estrelas), eSF (plantas) e profissionais (letra inicial de cada categoria profissional). Em seguida foram submetidas a análise de conteúdo segundo Bardin ¹¹.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-SES/DF, sob CAAE 30890620.5.0000.5650.

RESULTADOS

A base de dados do SINAN para o estudo epidemiológico foi composta por 3.347 casos de sífilis gestacional; e 3.341 registros de sífilis congênita - com 3.056 desses casos válidos para o estudo, após análise de consistência; e 22 casos de óbitos registrados no SIM, no período de 2012 a 2019.

A taxa de detecção de sífilis gestacional por ano no Distrito Federal mostrou comportamento ascendente alcançando seu máximo no ano de 2019 com o valor de 22,83 por 1.000 nascidos vivos. Observa-se um maior aumento das taxas entre os anos de 2017 e 2018, com elevação da taxa em 81% em 2018, em relação a 2017, mostrando o impacto da mudança de definição de caso de sífilis gestacional no ano de 2017, conforme apresentado na figura 1.

Em relação aos casos de sífilis congênita, a taxa de prevalência em menores de 1 ano, indicador direto de qualidade do pré-natal, também se comportou de forma ascendente com maior valor no ano de 2019 com 14,85 por 1.000 nascidos vivos (Figura 2); destaca-se que mais de 95% dos casos de sífilis congênita no Distrito Federal foram diagnosticados em menores de 1 ano.

Já em relação à taxa de mortalidade de sífilis congênita encontrou-se o maior quantitativo de óbitos no ano de 2016 com valor de cinco óbitos, seguindo com decréscimo para três óbitos em 2017 e 2018 e quatro óbitos em 2019. Esses dados resultaram em um comportamento diferente da taxa de mortalidade em relação aos dados apresentados anteriormente; o seu valor máximo é alcançado no ano de 2016 com 11,54 por 100.000 nascidos vivos, com queda nos anos 2017 e 2018, atingindo novo aumento em 2019 com o valor de 9,44 por 100.000 nascidos vivos. Dados presentes na figura 3.

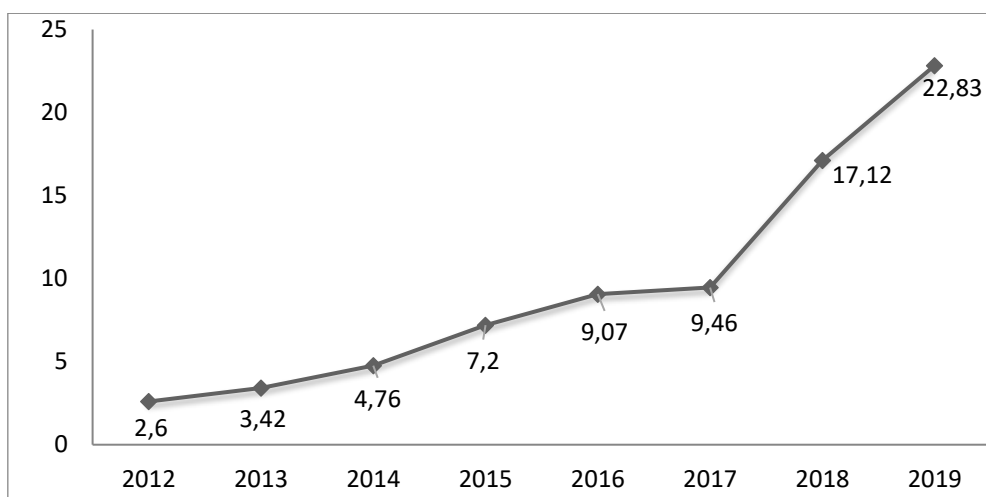


Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis gestacional por 1.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019.

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

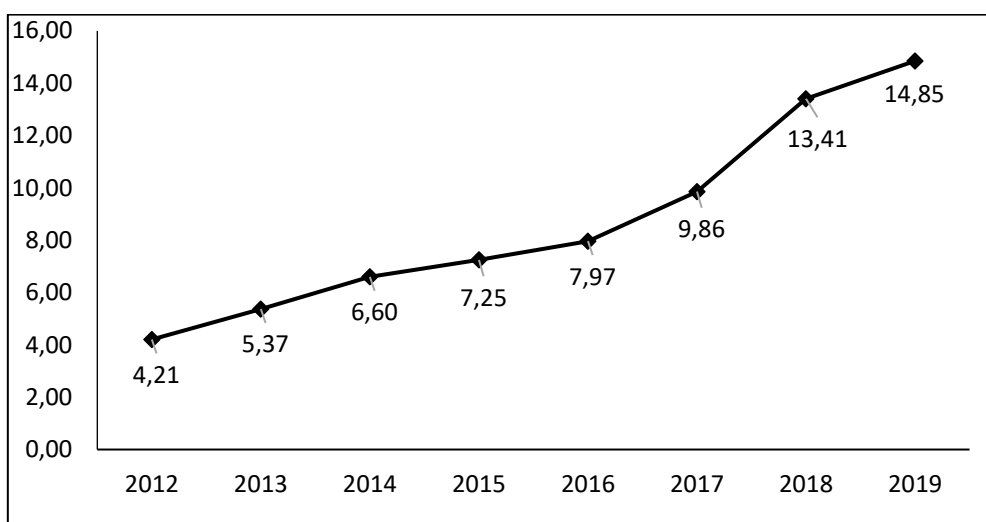


Figura 2 - Taxa de prevalência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012-2019.

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

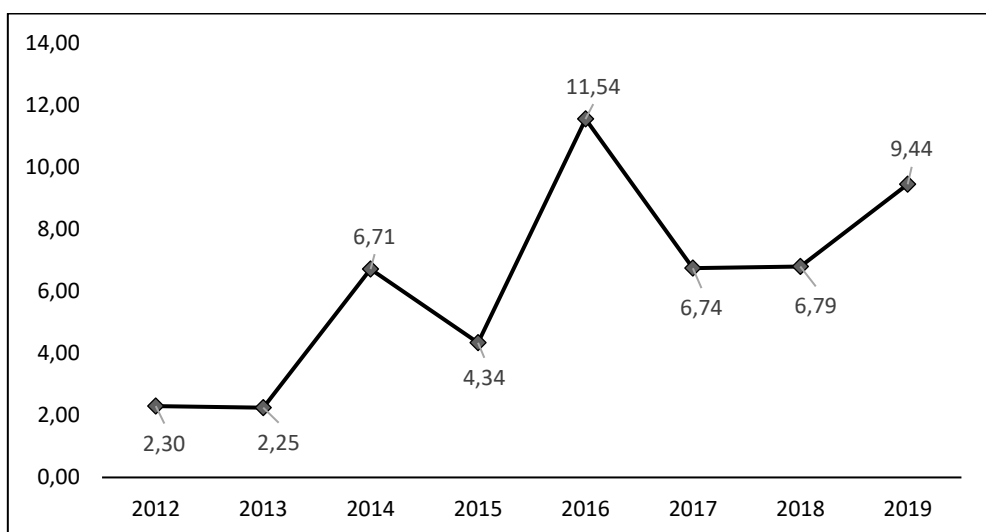


Figura 3: Taxa de mortalidade de sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos. Distrito Federal. 2012 -2019.

Fonte: GEVIST/DIVEP/SVS/SES

Durante o mesmo período em análise, a organização da APS no DF também passou por alterações e variações de modo de atuação. O número de equipes de estratégia de saúde da família (eESF) sofreu variações no período de avaliação do estudo e, conseqüentemente, esta variação pode impactar os registros de sífilis gestacional e congênita. A figura 4 apresenta essa variação, em percentual de cobertura, das eESF habilitadas pelo Ministério da Saúde.

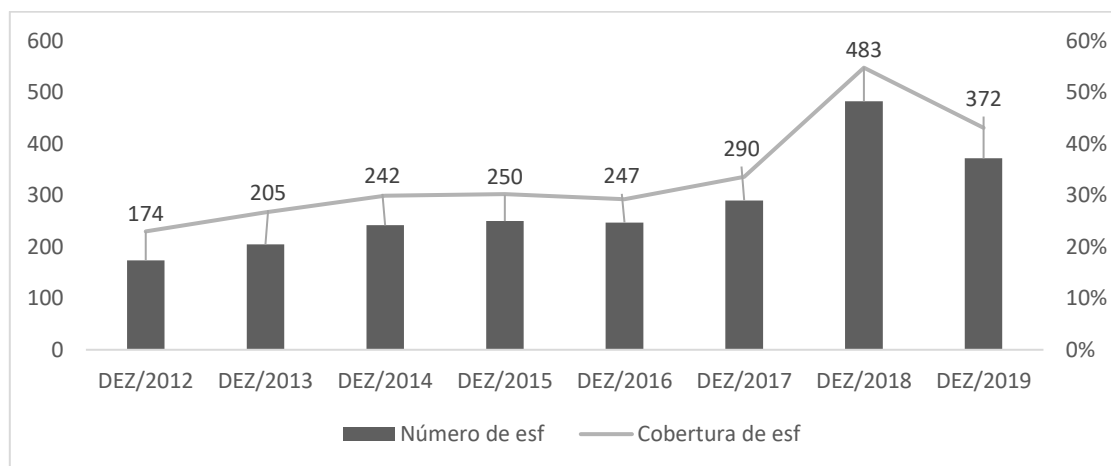


Figura 4 – Número absoluto de equipes e cobertura (%) de Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal nos anos de 2012 a 2019.

Fonte: SAPS/Ministério da Saúde.

Quanto ao estudo qualitativo, foram realizadas 16 entrevistas, envolvendo quatro médicas de família e comunidade, quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, sendo um técnico do gênero masculino e três do gênero feminino; e quatro agentes comunitárias de saúde (ACS). Tais atores atuam em unidades básicas de saúde com especificidades como rural e urbana; tipologia 1 e 2; maior e menor número de notificações. Além disso, todas as unidades contempladas são compostas por equipes de ESF. Duas unidades básicas de saúde participaram do processo de expansão das eESF no Distrito Federal com a mudança de algumas equipes que atuavam como atenção básica no modelo tradicional para eESF. O Quadro 1 explicita a característica de cada unidade contemplada.

Quadro 1: Unidades básicas de saúde selecionadas para o estudo, segundo características utilizadas para inclusão. Distrito Federal, 2021.

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

Fonte: Elaboração própria

Os entrevistados mostraram clareza e entendimento dos assuntos abordados. Dentre os dezesseis participantes, 11(68,7%) possuem mais de 10 anos de atuação na APS da Região Leste e cinco estão atuando há menos de 10 anos neste nível de atenção e nesta Região de Saúde.

Considerando as capacitações, 11 relataram ter participado em eventos que envolveram a temática do modelo de ESF. Em relação as capacitações que tinham sífilis gestacional e congênita como tema principal, oito (50%) participaram até o ano de 2019. Todos os ACS relataram capacitação em ambas as temáticas e todos os técnicos em enfermagem negaram ter recebido capacitação em sífilis congênita e gestacional. Apenas uma profissional médica relatou ter recebido capacitação em sífilis e duas enfermeiras receberam capacitação em ambos os assuntos.

Após transcrição e releitura das entrevistas emergiram duas categorias denominadas de “Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita” e “APS no Distrito Federal”, as quais foram subdivididas em quatro subcategorias conforme figura 5.

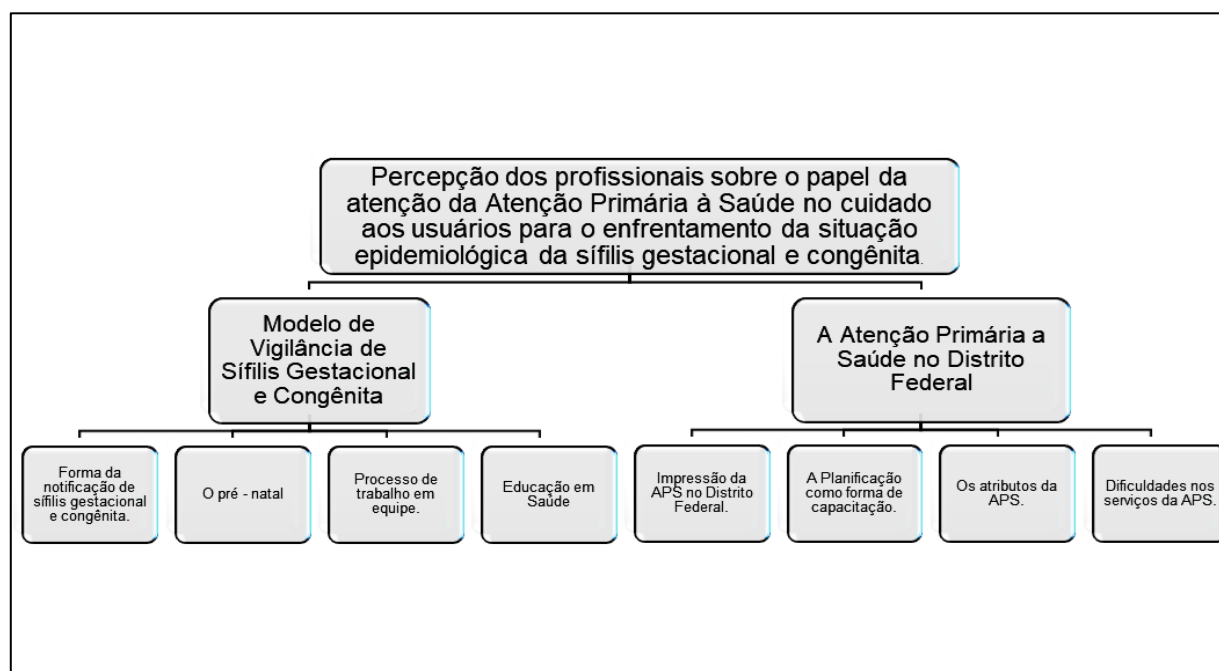


Figura 5 - Esquema das categorias e subcategorias temáticas.

Fonte: Elaboração própria.

Na categoria do Modelo de Vigilância de Sífilis Gestacional e Congênita ficou evidente que em relação a forma de notificação de sífilis gestacional e congênita 14 participantes identificaram a forma de notificação centralizada na enfermeira da ESF, sendo que três das quatro enfermeiras trouxeram dificuldade de preenchimento da ficha de notificação no sistema SINAN on line, forma atual de notificação:

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

(E1 da equipe Sol da UBS Terra)

Na subcategoria “pré-natal” também surgiram em 14 falas a realização do teste rápido como identificação diagnóstica e manejo da doença, trazendo a estratégia como principal na identificação

precoce e oportunidade de tratamento. A M1 da equipe Sol da UBS Terra, UBS detentora do maior número de casos no período estudado, traz em sua fala o exemplo da importância desta estratégia:

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

(M1 da equipe Sol da UBS Terra)

Já em relação às subcategorias “processo de trabalho em equipe” e “educação em saúde” teve-se unanimidade em relação a comunicação satisfatória entre os membros das equipes como presente na fala da TE 2 da equipe Mimosa da UBS Marte:

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

- Ah! Essa gestante tem que ter muito cuidado!

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

(TE2 da equipe Mimosa da UBS de Marte)

Assim como apresentou-se a dificuldade de comunicação com a comunidade, além da difícil abordagem da parceria sexual:

“a gente não conseguiu mais fazer esse tipo de trabalho que a gente chegou a fazer. Na nossa comunidade possui muitos alojamentos de trabalhadores, a gente fazia palestra sobre isto, sobre sífilis e a gente não consegue mais....(TE1 da equipe Messier da UBS Mercúrio)

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

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

(E4 da equipe Alpha da UBS Júpiter)

Com relação às subcategorias “A Planificação como forma de capacitação” e “Os Atributos da APS” obteve-se no conteúdo das falas a importância da planificação no processo de capacitação para a mudança do modelo da APS no DF e trouxe o acesso como um importante atributo discutido a partir da sua ampliação com a expansão das equipes de estratégia de saúde da família, assim como o impacto do aumento desse acesso no aumento no diagnóstico dos casos de sífilis gestacional:

“...o paciente entrou na unidade ele consegue ter um serviço diversificado, né?

Não vem só para uma consulta, aqui ele consegue fazer diversos tipos de atendimento, tanto de exame quanto de medicação, né?.

(TE4 da equipe Alpha da UBS Júpiter)

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

(E1 da equipe Sol da UBS Terra)

Já nas falas em relação a subcategoria “dificuldade nos serviços da APS”, oito identificaram a APS com dificuldade de infraestrutura e recursos humanos e cinco integrantes do estudo relataram a sobrecarga da APS com amplitude de carteira de serviços:

“a gente percebe que teve uma descentralização de alguns

serviços que vieram para a atenção primária, mas não tem pessoal suficiente, então acaba que a atenção primária deu uma sobrecarga”.

(TE4 da equipe Alpha da UBS Júpiter).

DISCUSSÃO

A sífilis gestacional e a congênita são agravos de grande impacto na saúde pública; acompanhando os dados nacionais, os dados no DF não se mostraram diferentes na série temporal analisada, com as maiores taxas nos dois últimos anos estudados, como apresentado no boletim epidemiológico do MS no ano de 2018³.

O ano de 2017 é relevante nesse estudo, sendo o marco temporal para a mudança de critério diagnóstico de sífilis gestacional e congênita trazida pelo Ministério da Saúde, além de ser o ano de modificações no modelo da APS no DF, com implementação de portarias como as 77 e 78 que estabelecem a estratégia de saúde da família como modelo prioritário na capital federal¹² provocando aumento percentual significativo da cobertura de estratégia de saúde da família no ano de 2018¹³.

Ao se discutir a série histórica em relação às taxas de detecção de sífilis gestacional e prevalência de sífilis congênita, ambas apresentaram semelhanças, com a piora dos resultados nos últimos três anos da série. Tal resultado vai ao encontro da informação do Ministério da Saúde no boletim epidemiológico do ano de 2018 associando a possibilidade do aumento de casos devido à mudança do critério de definição de caso dos agravos estudados⁴. Diferente ao encontrado em âmbito nacional, no entanto, essas mesmas taxas apresentaram aumento no ano de 2019 no Distrito Federal, com valores máximos neste ano, quando nacionalmente teve-se redução de 3,3% em relação ao ano anterior¹³.

Observa-se o comportamento ascendente também em dados de outras unidades federadas, como por exemplo, no Estado da Bahia, em que foram confirmados, entre 2007 e 2017, 15.050 casos de sífilis gestacional e 7.812 casos de sífilis congênita. No período analisado, a taxa de incidência de sífilis gestacional no estado elevou-se de 1,29 para 15,09 casos em gestantes/mil nascidos vivos com taxa de prevalência de sífilis congênita elevando-se de 0,50 para 6,68 casos em menores de um ano/mil nascidos vivos¹⁴.

Importante destacar também que as taxas anuais de sífilis congênita no Brasil elevaram-se de 4,0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2012, para 4,8 em 2013, 5,4 em 2014 e 6,5 em 2015¹⁵. Para o Brasil, atribui-se esse aumento a várias causas, incluindo a falta de estoque de penicilina benzatina,

fármaco recomendado para prevenir a transmissão da sífilis de mãe para filho e equívocos sobre os resultados adversos da penicilina benzatina. Além do desabastecimento de penicilina benzatina, os dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2013/2014, indicam que 55% das equipes de saúde da família, que participaram desse ciclo, utilizam como tratamento principal a penicilina benzatina na Atenção Básica, o que pode contribuir para o aumento da transmissão vertical da sífilis¹⁶.

Como já dito anteriormente, é importante ressaltar que no mesmo período, no ano de 2017, o Distrito Federal vivenciou a expansão do modelo de eSF como forma de atuação da APS, o que também pode contribuir para esse aumento na detecção dos casos.

A mortalidade por sífilis congênita reflete a atuação dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, iniciando-se pela identificação e acompanhamento do agravo no pré natal na atenção primária até o acompanhamento do parto em ambiente hospitalar. No presente estudo, a taxa de mortalidade por sífilis congênita foi mais baixa que a taxa nacional, variando entre 2,30 a 11,54 mortes por 100.000 nascidos vivos, na série estudada. Dados semelhantes foram observados em outros estudos que evidenciam a sífilis congênita como importante fator para a mortalidade infantil¹⁷, mas é uma causa evitável e com estratégia efetiva de prevenção¹⁸.

Os resultados encontrados nas entrevistas corroboram o levantamento histórico em relação à mudança de modelo de atuação da APS no Distrito Federal, contendo uma variação do modelo de atenção denominado modelo tradicional e ESF. Equipes que atuavam em um formato “tradicional” com profissionais de cada especialidade como clínico médico, ginecologistas e pediatras realizando atendimentos médicos, além de equipe de enfermagem atuando nos locais específicos como “sala da criança”, “sala da mulher”, “sala da vigilância” dividiam espaço físico e político com equipes que atuavam com abordagem integral baseada na demanda do território. Estudo realizado sobre a política da APS da capital federal no período de 1979 a 2009, descreve de forma clara os acontecimentos políticos em paralelo ao desenvolvimento deste nível de atenção no sistema de saúde do DF¹⁸. Esse histórico percorrido pela APS da capital federal mostrou-se presente na fala de mais de 10 participantes atuantes na APS no DF, há mais de 10 anos.

Ao distinguir as duas categorias na análise de conteúdo das entrevistas foi possível verificar como o servidor é consciente em entender que o modelo de vigilância de sífilis gestacional e congênita possui interferência do formato de atuação da APS. Com a predominância dos conteúdos envolvendo a sífilis gestacional e o surgimento, em poucas falas, envolvendo a identificação e manejo da sífilis congênita, evidencia-se a realidade da organização do modelo de vigilância desse agravo no Distrito Federal, como está descrito no Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2020/2024 da SES/DF, ainda em processo de implementação nesta Secretaria Estadual de Saúde, o qual descreve a APS como protagonista nas ações de manejo e notificações de sífilis gestacional e as maternidades e casa de parto como atores principais na identificação da sífilis congênita e acompanhamento compartilhado com a APS dos casos identificados⁷.

O estudo qualitativo permitiu evidenciar a forma de atuação dos serviços de saúde pública da APS do DF utilizando o modelo de vigilância da sífilis gestacional e congênita. Servidores mostraram nos conteúdos de suas falas fatores importantes e essenciais, como a necessidade a ampliação dos recursos humanos, capacitações e aumento do acesso aos serviços de atenção primária, que qualificam as ações voltadas ao pré-natal com possibilidade de influência direta na redução do número de casos de sífilis gestacional e congênita.

O ano de 2017 foi marcante nas duas etapas da pesquisa, pela mudança de critério diagnóstico de sífilis gestacional e congênita em nível nacional nesse ano, e ganhou destaque na linha do tempo da

organização dos serviços de saúde da capital federal com mudança de modelo da APS, estabelecendo-se a ESF como modelo de organização da APS nesse mesmo ano.

A literatura nos traz poucas referências quanto à associação direta entre o aumento do número de equipes de estratégia de saúde da família e a redução do número de casos de sífilis gestacional e congênita. NUNES *et al* ao estudarem a relação entre cobertura de estratégia de saúde da família e sífilis gestacional e congênita no período de 2007 a 2014 no estado de Goiás encontraram correlação positiva entre percentual de cobertura da ESF e o número de casos de sífilis gestacional e congênita, na maioria dos anos estudados¹⁹, no entanto, não identificou redução de sífilis congênita nos municípios com maiores coberturas de ESF.

O presente estudo traz algumas limitações como a utilização de dados secundários no estudo quantitativo com a probabilidade de subnotificações de casos. Não foi feito o relacionamento entre os bancos para outras análises entre os registros de sífilis gestacional e congênita, que ampliariam o escopo do estudo.

CONCLUSÃO

A descrição das taxas de detecção de sífilis gestacional e de prevalência da sífilis congênita evidenciam o caráter ascendente dos agravos no DF. A série temporal descritiva dessas taxas associada à percepção dos profissionais de saúde ligados diretamente as ações práticas do cuidado as portadoras e portadores de sífilis gestacional e congênita constituiu caráter único do estudo.

Discutir a importância da qualificação dos serviços da APS a partir de indicadores, como a sífilis congênita que é indicador sentinela de qualidade do pré-natal, a partir das perspectivas dos servidores da SES/DF e dos dados específicos do Distrito Federal, traz a possibilidade para a ampliação das discussões de melhorias exclusivas aos serviços do DF.

Os desafios dos enfrentamentos ao controle da sífilis gestacional e erradicação da sífilis congênita são grandiosos, não são específicos apenas ao modelo de atenção aos serviços de saúde, mas também associados a características sociodemográficas da população em questão.

A potencialidade da ESF de atuar com o território ganha destaque como papel importante na organização da rede de serviços, comunicação intersetorial com a rede de atenção social e integração com a comunidade. Dessa forma, estratégias de fortalecimento da APS como realizada no Distrito Federal, com maior destaque para o biênio 2017 e 2018, são promissoras para a construção social no enfrentamento a essa doença de grande impacto na saúde pública. Utilizar estratégias de promoção a saúde e de prevenção e controle da sífilis, a partir dos dados apresentados no estudo, são possibilidades para mudança do cenário da doença no Distrito Federal. A APS é o nível de atenção do SUS protagonista de ações que promovem o autocuidado e o entendimento da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, logo, saber o aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita, assim como entender a cobertura de estratégia de saúde da família pode auxiliar nas tomadas de decisões que promovam melhora dos indicadores de saúde pública.

O estudo trouxe a possibilidade de mostrar ao gestor dificuldades e potencialidades trazidas pelo próprio profissional de saúde e contempla a participação ativa deste profissional nas construções dos processos de melhoria da assistência a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GG de, Palmieri IGS, Lima LV de, Pavinati G, Santos VMA dos, Luz KCSI, et al. Detecção de sífilis gestacional e congênita no Paraná, 2007-2021: análise de séries temporais. Epidemiol. serv. saúde [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 19];33.<https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024188.pt>.
2. Freitas FLS, Benzaken AS, Passos MRL de, Coelho ICB, Miranda AE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. Epidemiol. serv. saúde [Internet]. 2021; 30(spe1). <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100004.esp1>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Volume 49. Nº 45. [internet] 2018 [acesso em 2024 Fev 23]. Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/101450>.
4. Kachikis A, Schiff MA, Moore KL, Chapple-McGruder T, Arluck J, Hitti J. Risk Factors Associated with Congenital Syphilis, Georgia, 2008-2015. Infect Dis Obstet Gynecol. 2023; (Nov 8):1–8. <https://doi.org/10.1155/2023/3958406>. eCollection 2023.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. [internet] 2019 [acesso em 2024 Fev 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf.
6. Distrito Federal (BR). Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis 2021/2024. [internet] 2020 [acesso em 2024 Fev 23]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Plano+Integrado+para+Prevenção%2C+Vigilância+e+Controle+da+Sífilis+PLANO+SIFILIS+VERSA+O+FINAL-2020.pdf/53884b6a-ed8e-e2fe-2a33-dec90a20ae3d?t=1683892476699>.
7. Distrito Federal (BR). Boletim Epidemiológico Sífilis. Ano 7, nº 01. [internet] 2018 [acesso em 2024 Fev. 23]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87308/Boletim-sifilis-2018-revisado-final.pdf/fd5470fa-248e-ded5-a4ce-1ded8c19b3e4?t=1648581670946>.
8. Gottems LBD, Almeida MOA, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. Ciênc. Saúde Colet. 2019;24(6):1997-2008. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. [internet] 2021 [acesso em 2024 Fev 23]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>.
10. Distrito Federal (DF). Sala de situação de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [internet]. [acesso em 2024 Fev 23]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-nascidos-vivos-no-df/>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Correa DSRC, Moura AGO M, Quito MV, Souza HM de, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2019;24: 2031- 41. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT IST) [internet] 2020 [acesso em 2024 Fev 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf.
14. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. Cad.saúde pública. 2021;37(7).<https://doi.org/10.1590/0102-311X00209520>.
15. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2024 Oct 26]. Available from: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf.

16. CONASS (BR). Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília (DF): CONASS; 2018.
17. Santos Carvalho S, Rodrigues de Oliveira B, Alves de Sá E. Estratégias e ações no pré-natal para sífilis congênita: revisão de literatura. Rev. Bras. Pesqui. Ciênc. Saúde. 2021; 22(2):150–6. <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i2.25258>
18. Gottens LBD, Evangelista M do SN, Pires MRGM, Silva AFM da, da Silva PA da. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad. saúde pública. 2009;25:1409-19. [https://doi.org:10.1590/S0102-311X2009000600023](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023).
19. Nunes PS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. Epidemiol. Serv. Saúde 2018; 27 (4): e2018127. [https://doi.org: 10.5123/S1679-49742018000400008](https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008).