



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO IV**

**MARCELLE DE SOUZA FONTES VALENÇA**

**PERFIL DE INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA NA  
BAHIA**

Salvador

2016

**MARCELLE DE SOUZA FONTES VALENÇA**

**PERFIL DE INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA NA  
BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Tatiane Araújo dos Santos

Salvador

2016

## MARCELLE DE SOUZA FONTES VALENÇA

### PERFIL DE INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Barachel em Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tatiane Araújo dos Santos - Orientadora \_\_\_\_\_

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Handerson Silva Santos \_\_\_\_\_

Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão \_\_\_\_\_

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Maria do Socorro Farias Chaves \_\_\_\_\_

Subcoordenadora de Monitoramento das Ações de Vigilância da Diretoria de Vigilância da Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, antes de tudo. Por me conceder a vida, a oportunidade de estar numa Universidade ímpar e por ter vivido, crescido e amadurecido tanto dentro dela. Agradecer a Ele por ter me tornado capaz. Pela força de vontade que renasce em mim todos os dias quando acordo e lembro que existem pessoas que amo e que me impulsionam a querer sempre mais. Foram elas que me mantiveram de pé nas inúmeras vezes em que me senti fraca ao longo desses anos.

Aos meus pais, José e Marly, por serem a minha fonte inesgotável de amor, fé e segurança; por terem se preocupado junto comigo com toda demanda e dedicação que este estudo exigiu. Aos meus irmãos, Marla e Marcelo, por sempre trilharem de mãos dadas comigo em qualquer fase da vida e serem os amores da minha vida. Ao meu sobrinho Marcus Vinícius, por me fazer sentir uma vontade absurda de querer ser melhor, por ele e para ele. Às minhas famílias Valença e Machado, por todo incentivo e apoio. Aos amigos que foram pacientes, prestativos e ouviram sem hesitar meus receios, lamentações e alegrias durante a construção desse trabalho: minha Patota, Jonathas Moreira, Jhonatas Santos, Henrique e Marcus Quintela. Em especial à Ágatha, que partilha comigo o dia-a-dia, vibrando ou sofrendo nos acasos da vida, e juntas amenizamos nossas ansiedades insanas, e à Mayra e Carolina Viana, que mesmo na distância estão permanentemente presentes na minha rotina, dando fôlego de ânimo à qualquer necessidade. Ao grupo PET/Vigilância em Saúde, através do qual nasceu a inspiração desse estudo e que tive a oportunidade de conviver com pessoas brilhantes e construir amizades que são pra vida, em especial à Socorro, uma preceptora-mãe e um espelho de profissional, e às colegas Dany, Mayara, Lai e Andressa. À minha orientadora Tati, que não foi apenas uma excelente mestra, mas me instigou a ser mais responsável e ativa com minhas atividades.

Hoje, tendo cumprido meu dever, posso dizer que não foi nada fácil, mas faria tudo novamente só para ter esta mesma sensação que sinto agora: **ORGULHO! EU CONSEGUI!**

## RESUMO

VALENÇA, Marcelle de Souza Fontes. **Perfil de internações por sífilis congênita na Bahia**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

Este estudo tem o objetivo de descrever o perfil de internações da sífilis congênita (SC) na Bahia, de 2008 a 2015. É um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre 15 de fevereiro a 14 de maio de 2016, no TABNET/DATASUS. O recorte territorial da análise foram as macrorregiões de saúde da Bahia. A análise se deu por meio da estatística descritiva. Os internamentos aumentaram gradativamente na Bahia, de 217 casos em 2008, para 857 em 2015. Observa-se aumento dos gastos com internamentos, chegando ao valor de R\$ 432.443,30 em 2015. Há predominância da cor parda em todos os anos e de RN do sexo feminino entre as internações. A macrorregião Extremo Sul possui as maiores taxas de incidências em 2008 e 2009 e a Leste de 2010 a 2013. A macrorregião Leste apresenta maior quantidade de casos notificados, internamentos, percentual de AIH aprovadas, dias de permanência e os maiores gastos com internamentos. A Centro-Norte possui a maior média de dias de permanência e a Extremo Sul possui a maior média de gastos. Apenas as macrorregiões Extremo Sul, Leste, Norte, Sudoeste e Sul apresentam óbitos por SC e a Sudoeste apresenta a maior taxa de mortalidade hospitalar (4,55 em 2012). Os dados encontrados revelam importantes subnotificações e que a SC ainda não está em controle na Bahia, revelando fragilidade na assistência primária à saúde, sendo necessário o manejo adequado da sífilis em gestantes durante o pré-natal.

**Descritores:** sífilis congênita; sífilis; gestantes.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Nordeste da Bahia, de 2008 a 2015	29
<b>Tabela 2:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Sul da Bahia, de 2008 a 2015	30
<b>Tabela 3:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Extremo Sul da Bahia, de 2008 a 2015	31
<b>Tabela 4:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015	32
<b>Tabela 5:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Norte da Bahia, de 2008 a 2015	33
<b>Tabela 6:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Oeste da Bahia, de 2008 a 2015	34
<b>Tabela 7:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Sudoeste da Bahia, de 2008 a 2015	35
<b>Tabela 8:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Centro-Leste da Bahia, de 2008 a 2015	36
<b>Tabela 9:</b> Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Centro-Norte da Bahia, de 2008 a 2015	37
<b>Tabela 10:</b> Internamentos por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2015	40
<b>Tabela 11:</b> Dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2015	41

<b>Tabela 12:</b> Média de dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por macrorregiões de saúde da Bahia, de 2008 a 2015	43
<b>Tabela 13:</b> AIH aprovadas por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	44
<b>Tabela 14:</b> Valor total de internamentos por sífilis congênita por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	46
<b>Tabela 15:</b> Valor médio de internamentos por sífilis congênita por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	48
<b>Tabela 16:</b> Óbitos por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2015	49
<b>Tabela 17:</b> Óbitos por sífilis congênita, por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015	49
<b>Tabela 18:</b> Taxa de mortalidade por sífilis congênita por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	50
<b>Tabela 19:</b> Taxa de mortalidade hospitalar por sífilis congênita por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	50
<b>Tabela 20:</b> Internamentos por sífilis congênita nos municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	64
<b>Tabela 21:</b> Dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por município da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015	66
<b>Tabela 22:</b> Média de dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por município da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015	68
<b>Tabela 23:</b> AIH aprovadas por sífilis congênita, por municípios da macrorregião Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	70
<b>Tabela 24:</b> Valor total de internamentos por sífilis congênita por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	72
<b>Tabela 25:</b> Valor médio de internamentos por sífilis congênita por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015	74

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Municípios da Bahia por macrorregião de saúde

23



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Número de casos notificados de sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2013	38
<b>Gráfico 2:</b> Taxa de incidência de sífilis congênita por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2013	39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Mapa do estado da Bahia dividido em suas macrorregiões de saúde	22
--	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	16
2.1	SAÚDE MATERNO-INFANTIL E A SÍFILIS	16
2.2	INDICADORES DE SAÚDE SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	19
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	21
3.1	TIPO DE ESTUDO	21
3.2	LOCAL DO ESTUDO	21
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
3.4	COLETA DE DADOS	26
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	26
3.6	PLANO DE ANÁLISE	27
3.7	QUESTÕES ÉTICAS	28
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	29
4.1	CARACTERÍSTICAS DO RN	29
4.2	CASOS NOTIFICADOS E TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA	38
4.3	INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA	40
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	51
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	57
	<b>REFERÊNCIAS</b>	59
	<b>APÊNDICES</b>	64

## 1 INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis estão entre as principais causas de doenças no mundo, devido à fatores econômicos, sociais e sanitários. Dentre essas doenças, encontra-se a sífilis, uma das doenças mais antigas na história dos seres humanos, conhecida pelo mundo desde, no mínimo, o século XV (GALATOIRE, 2012).

Causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, a sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica de evolução crônica, que pode ser transmitida sexualmente ou por via transplacentária, referidas respectivamente como formas adquirida e congênita da doença (COSTA et al, 2010).

A sífilis em gestantes pode ser devidamente diagnosticada e tratada durante o acompanhamento do pré-natal, essencialmente na atenção primária, através de testes sorológicos. Além de existir testes laboratoriais treponêmicos e não-treponêmicos utilizados para o diagnóstico, as unidades públicas de saúde do Brasil também contam amplamente com a existência de um tipo de exame treponêmico prático e de fácil execução, que é o teste rápido para a sífilis em gestantes, tendo a possibilidade de obtenção do resultado em um período de 10 a 15 minutos, sem a necessidade de uso adicional de equipamentos. Da mesma forma que ocorre com o diagnóstico, o tratamento da sífilis também é de fácil acesso e de baixo custo. O medicamento de primeira escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina (BRASIL, 2007).

A sífilis congênita (SC) é o desfecho consequente de uma gestante infectada que não foi tratada ou tratada inadequadamente. A transmissão gestacional ocorre por via vertical ao conceito durante qualquer fase da gestação, ou até mesmo no momento do parto normal, caso ocorram lesões genitais maternas durante o mesmo. A sífilis na gestante é uma importante causa de morbimortalidade infantil, podendo acarretar em abortamento, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e má formação congênita, dentre outras graves consequências (COSTA et al, 2010).

Atualmente, no Brasil, a sífilis tem se reafirmado como um grave problema de saúde pública. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde (2015), a taxa de incidência de sífilis em gestante no Brasil, no ano de 2013, foi de 7,4 casos por 1.000 nascidos vivos, e a incidência de SC no mesmo ano,

corresponde a uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Dentre os casos ocorridos, a maior prevalência se encontra nas regiões Sudeste e Nordeste, com um percentual de 43,1% dos casos e taxa de 5,1, e 32,2% e taxa de 5,3 por mil NV, respectivamente.

Em 2011, a taxa de SC na Bahia foi de 1,91 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2013). Já em 2013, segundo o Ministério da Saúde (2015), a incidência de SC aumentou para 3,9 por 1.000 nascidos vivos, e a sífilis em gestantes no mesmo ano, foi de 6,4 por 1.000 nascidos vivos.

Em 2014, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) criou um Comitê Regional para Validação da "Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis", um pacto entre os países da América que almejavam a redução dos casos de SC para uma taxa de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2015). Porém, mesmo com todo esforço que já tem sido empregado à eliminação da doença, o que pode ser observado por meio das estatísticas é que a ocorrência dos casos de sífilis está em constante aumento, indicando o quão distante estamos de alcançar o objetivo firmado com a Opas e o desafio que ainda teremos pela frente. Por outro lado, é importante considerar que a sífilis em gestantes tornou-se uma doença de notificação compulsória em 2005, o que pode ter contribuído para evidenciar o aumento das notificações.

Segundo Saraceni et al (2012), a notificação visa juntar dados que possam permitir a análise das doenças e agravos, e conduzir à intervenções mais eficazes para reduzir a sua incidência e até eliminá-los. Sendo assim, a qualidade do preenchimento adequado das fichas de notificação é decisivo para o planejamento de intervenções.

A promoção do diagnóstico precoce da sífilis durante a gestação, bem como o seu tratamento adequado, são eventos fundamentais para que se possa prevenir a SC de maneira adequada no momento do pré-natal. E, por isso, a incidência de SC é tida como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde que é prestado aos usuários do SUS, pois quando a SC é transmitida ainda durante a assistência do pré-natal, mesmo com todos os recursos disponíveis para um tratamento eficaz, evidencia o fracasso do sistema de saúde por não estar oferecendo uma assistência adequada e direcional à gestante (GALATOIRE, 2012).

É perceptível que a SC afeta principalmente populações que tem condições de vida precárias, visto que são grupos expostos a uma maior vulnerabilidade por

questões socioeconômicas, falta de conhecimento e dificuldade ao acesso de serviços de saúde (ARAÚJO, 2012). E, compreendendo que o acometimento da SC na Bahia é distribuído de maneira diferente entre as cidades deste estado, é indispensável que haja uma comparação proporcional entre os diferentes dados de ocorrências da doença nas mesmas.

Diante do que foi explicitado, conhecer a realidade da SC na Bahia é um ponto importante para a melhoria da saúde pública baiana e brasileira. Sendo assim, este estudo tem por objetivo geral descrever o perfil de internações por SC na Bahia. Os objetivos específicos são: Caracterizar a população do estudo segundo sexo, cor; estimar a frequência de internações por SC, o total de Autorização de Internação Hospitalares (AIH) aprovadas, o valor total gasto e o valor médio do internamento, os dias e a média de permanência; e estimar a frequência de óbitos e a taxa de mortalidade hospitalar.

Este estudo se torna relevante a partir da compreensão do seu papel fundamental no que diz respeito à uma melhor abrangência do conhecimento sobre a SC, bem como acerca das problemáticas que envolvem esta patologia dentro da realidade do estado da Bahia.

Segundo Fernandes (2009), há poucos estudos sobre internações, cujas variáveis analisadas são sensíveis ao nível de atenção primária no Brasil. Com isso, este estudo também contribuirá para preencher esta lacuna existente na literatura científica brasileira.

Com isso, a pesquisa contribui para que gestores e profissionais tenham conhecimento sobre a realidade da SC existente no estado, a fim de construir, fortalecer e melhorar estratégias de saúde que são necessárias para ajudar a solucionar problemas relacionados às necessidades reais que estão ligadas à sífilis congênita em prol da prevenção e erradicação desta na Bahia, contribuindo também diretamente para a saúde pública brasileira.

É importante ter consciência do impacto que a SC causa na economia pública da Bahia e de todo Brasil, pois, apesar do tratamento da sífilis em gestantes ser de baixo custo, as internações por SC demonstram um custo altíssimo para os cofres públicos. O Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (1994), mostra que a SC é também um importante problema para a economia pública e para a adequada administração dos recursos de saúde, visto que o custo total de um caso de SC considerando a internação e serviços e outras demandas necessárias, é

de US\$ 5.000, enquanto que a busca da gestante com sífilis, fazendo três controles durante sua gravidez não ultrapassa o valor de US\$ 6.

Durante 2 anos da minha graduação, participei de um programa de extensão, o Programa de Educação pelo Trabalho - Saúde/Vigilância em Saúde, o qual é uma parceria entre a Universidade Federal da Bahia e o Ministério da Saúde. Durante as atividades do grupo construídas no Complexo de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, na sede do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) e na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia obtive a oportunidade de vivenciar a realidade da sífilis em gestantes e da SC inserida no DSSF, a qual não se configura de maneira diferente da que acontece no Brasil.

Por meio dessa vivência fiquei sensibilizada por esse problema de saúde pública e, de fato, instigada a compreender melhor sobre as problemáticas que contribuem para o aumento da incidência e impedem que o combate à esta doença seja eficaz. Por isso, a escolha em abordar no meu Trabalho de Conclusão de Curso questões sobre a SC e, desta forma, poder contribuir para o melhor controle desta doença.

Ainda dentro da Universidade é difícil conseguir visualizar problemas e dificuldades que estão inseridos nas unidades de saúde, pois, conhecer a realidade do SUS muitas vezes diverge do que é visto em sala de aula, principalmente no que diz respeito às dificuldades existentes no campo de trabalho que são encontradas pelos profissionais e que os impedem de exercer suas práticas com eficiência, seja por questões de condições de trabalho precárias ou por própria falta de compromisso e ética no serviço.

Diante disso, conhecer a realidade em que a sífilis está inserida na saúde pública na Bahia através desse estudo, é também importante para que possa formar profissionais sensíveis as questões assistenciais e humanas, visando uma melhoria na saúde pública brasileira.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SAÚDE MATERNO-INFANTIL E A SÍFILIS

Permeando toda história de saúde do Brasil, há uma predominância do modelo de saúde hospitalocêntrico, que considerava prioritariamente práticas clientelistas, não universais e em quantidade e qualidade inadequadas. Com o passar dos anos houve uma insatisfação popular quanto ao modelo de saúde vigente no país, e diante disso, surgiram movimentos de críticas que pretendiam elaborar outro sistema de saúde a partir de uma saúde democrática. A partir de 1970, iniciou-se a construção de uma ação estratégica que almejava a democratização da saúde, e a partir de 1990, institucionalizou-se o Sistema Único de Saúde sob a lógica da universalização do acesso e da integralidade e equidade dos serviços de saúde públicos (SANTOS et al, 2010).

No que diz respeito à saúde infantil, mudanças no acesso ao saneamento básico, o acesso das camadas de baixa renda aos produtos de cesta básica e a ampliação da cobertura vacinal, das consultas de pré-natal e dos serviços médico-hospitalares de alta complexidade, contribuíram para a redução da mortalidade infantil (SANTOS et al, 2010).

Neto et al (2008) desenvolveram um estudo que associa as principais legislações e políticas públicas da saúde materno-infantil no Brasil, a partir da década de 1980, com indicadores de saúde obtidos através das bases de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de 1996 a 2005, podendo, assim, associar as estatísticas à consolidação das políticas públicas.

Com isso, Neto et al (2008) afirmam que a partir de 1980 a saúde materno-infantil foi agregada a diversas políticas e programas públicos de saúde que visavam oferecer às mulheres e crianças o direito ao acesso a serviços de saúde públicos com qualidade, tendo um papel importante no reflexo de resultados positivos na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal nos anos de 1990 a 2000. Porém, Soares e Menezes (2010) lembram que o Brasil ainda tem níveis alarmantes de mortalidade infantil, apesar de serem constatadas taxas decrescentes a partir de 2000.



Sabendo que as últimas décadas do século XX foram marcos de grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas da saúde materna e perinatal, podemos considerar inaceitável que o processo da reprodução cause danos ou morte às mulheres (BRASIL, 2007). Primeiramente, é preciso salientar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um índice de 20 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos. Entre 1990 e 2007, houve uma redução na razão da mortalidade materna, caindo de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, identificando uma redução de 46% no índice (BRASIL, 2010). Estes dados indicam que o Brasil, apesar do progresso apresentado, é um país que está longe de alcançar a meta estabelecida pela OMS, sendo necessária a reorganização e fortalecimento dos serviços e programas públicos de saúde para que tal objetivo seja alcançado.

Em 2000, na Assembleia Geral das Nações Unidas, o Brasil firmou um compromisso com vários países chamado de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Um dos objetivos previstos é a redução da taxa de mortalidade infantil para 17,9 óbitos por mil NV. Em 1990, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 47,1 óbitos por mil NV, apresentando declínio constante, quando, em 2000, chegou a 27,4 óbitos por mil NV, culminando numa taxa de 19,0 óbitos por mil NV em 2008, revelando uma redução média de 58% no índice, fator favorável para atingir a meta estabelecida no ODM (BRASIL, 2010).

Decerto, a grande maioria dos óbitos maternos e infantis ocorridos no Brasil são considerados evitáveis. Essa prevenção pode ser assegurada com a melhoria e eficiência da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (NETO et al, 2008).

Ciente dessa realidade, o Ministério da Saúde já adotou inúmeras medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher. Uma delas é a existência de comitês de morte materna que tem por objetivo identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, fatores que a determinam e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes (BRASIL, 2007).

Em 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o Pacto pela Saúde que visa fortalecer a gestão entre as diversas esferas de governo, sendo de responsabilidade dos estados e municípios desenvolverem ações para cumprir as metas estabelecidas neste Pacto, de maneira integrada com o campo nacional. Um dos eixos integrantes do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, no qual está incluso

a redução da mortalidade materna e infantil, sendo incluso como componente essencial para a execução deste objetivo a redução das taxas de Transmissão Vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007a).

Ainda no que tange a política de saúde brasileira no que diz respeito ao enfrentamento da sífilis, existe o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, que propõe metas para a melhoria da qualidade de atenção à saúde da mulher e do neonato (ARAÚJO, 2012), buscando viabilizar a eliminação da sífilis congênita no Brasil por meio da redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007a). Salienta-se a informação de que a OMS tem como meta a eliminação da sífilis congênita até 2015.

Outra estratégia adotada pelo governo para a melhoria da saúde materno-infantil para eliminação da sífilis foi a implantação do programa Rede Cegonha através da portaria nº 1.459 de 24/6/2011. Esta Rede Cegonha consiste em um programa do SUS que traz um novo modelo de atenção à saúde materno-infantil, focada em assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, além de também assegurar a criança o direito de nascer, crescer e se desenvolver de maneira saudável (BRASIL, 2011).

Dentre as ações que integram a Rede Cegonha, está o controle da sífilis, um agravo que recebe atenção especial na atenção básica e na vigilância em saúde com ações de prevenção, diagnóstico e controle. Entre algumas atuações previstas na Rede Cegonha, está a triagem na gestação através de testes rápidos para diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, além do tratamento. Em 2011, 7,2 milhões de testes VDRL foram realizados pelo SUS, sendo que 35% destes testes foram aplicados em gestantes. Estas condutas implementadas no programa viabilizam às gestantes um diagnóstico seguro e um tratamento adequado tanto para mesmas, quanto para seus parceiros (BRASIL, 2012).

Mesmo com resultados positivos parciais, é possível verificar que há numerosos esforços oriundos do governo brasileiro em adaptar as legislações que fundamentam a assistência materno-infantil da melhor forma possível, trazendo para o contexto real da atualidade e com isso buscando melhorias significantes para a saúde pública brasileira.

## 2.2 INDICADORES DE SAÚDE SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária à saúde representa uma proposta para reorganizar o modelo assistencial de saúde no Brasil, visando melhorar os indicadores de saúde referente às morbimortalidades, e diminuir o consumo da tecnologia biomédica, reduzindo, assim, os gastos. Para que as mudanças no modelo de saúde sejam empregadas de maneira eficaz, é necessário que haja avaliação e monitoramento das políticas e ações que são implementadas (NEDEL et al, 2008). Além disso, analisar os indicadores de saúde favorece o acompanhamento do desempenho dos serviços de saúde e das condições de vida de toda população (REIS et al, 2011).

O indicador é definido como uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que pode dar significado ao que se quer avaliar, sendo representado mais comumente através de número absoluto ou uma relação entre dois eventos ou uma qualidade do evento (TANAKA; MELO, 2001).

Na década de 1980 foi criado nos Estados Unidos o indicador "Internações por condições sensíveis à atenção primária". No Brasil, a utilização desse indicador ainda é principiante, pois existem algumas limitações, tais como diferentes listas de internações por condições sensíveis à atenção primária, dificultando a comparação de resultados e a ausência de informações que permitam examinar as tendências dessas internações. Mesmo assim o indicador está cogitado como uma forma de monitoramento do desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) (ALFRADIQUE et al, 2009).

As condições sensíveis à atenção primária representam um conjunto de problemas de saúde que se tivessem ações efetivas na atenção primária, diminuiria o risco de internações hospitalares. Estas ações representam a prevenção de doenças, diagnósticos e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas etc. As altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma determinada população podem indicar problemas de acesso ao sistema de saúde ou a eficácia do mesmo. Deste modo, trata-se de um indicador de saúde essencial para monitoramento e avaliação dos serviços da atenção primária (ALFRADIQUE et al, 2009).

A razão de mortalidade materna é um importante indicador de saúde para a atenção primária. Através da comparação da razão de mortalidade materna entre

áreas ou regiões é possível estimar seus níveis de desenvolvimento (NETO et al, 2008).

A mortalidade infantil também é considerada um dos melhores indicadores de nível de vida e bem-estar social de uma população, pois, a mortalidade existente nos primeiros dias de vida pode indicar um conjunto de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais precários relacionados à vida da gestante e do recém-nascido. Além de indicar ineficiência da assistência obstétrica e neonatal (SOARES E MENEZES, 2010).

A prevalência de baixo peso ao nascer está sendo associada a fatores socioeconômicos precários, como atenção pré-natal inadequada, mães adolescentes ou mães idosas, paridade elevada, intervalo interpartal reduzido, presença de desnutrição materna e hábito de vida, além de se configurar como um importante causador da mortalidade neonatal (ALMEIDA et al, 2002).

Segundo Araújo et al (2012), a sífilis congênita é considerada um importante evento-sentinela para monitoramento da qualidade de atenção primária à saúde, visto que a mesma se trata de uma doença de fácil prevenção e, por isso, sugere falhas contidas no processo de trabalho da rede de atenção básica. Os autores ainda revelam neste estudo que há uma associação negativa entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e a incidência de SC em municípios brasileiros, apontando que a população analisada que tem uma menor cobertura deste serviço é a responsável pela maior parte dos casos notificados de SC.

Desta forma, com o intuito de combater a sífilis no Brasil, o Ministério da Saúde passou a incluir oficialmente a taxa de SC como indicador de qualidade da atenção básica, em particular à assistência pré-natal, visto que o diagnóstico precoce da sífilis é a melhor forma de prevenção da SC, a qual pode ser facilmente descoberta e tratada por meio de um pré-natal eficaz (LORENZI et al, 2001).

Segundo dados coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS por Saab (2009) referente aos anos de 2002 a 2007, foi constatado um gasto público de R\$ 7.000.000,00 utilizado no tratamento hospitalar de 17.300 casos de sífilis congênita no Brasil. O autor ainda ressalta que essa quantia poderia ser revertida em investimentos para prevenir o acontecimento de novos casos da doença através de uma melhor assistência às gestantes.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo agregado, observacional, ecológico de série temporal.

Segundo Richardson (1999), a pesquisa quantitativa significa um processo sistemático que delimita um problema, descreve e explicita fenômenos através da quantificação, realiza observações e interpretações baseadas nos dados encontrados e utiliza técnicas estatísticas para o tratamento dos mesmos. Além disso, a pesquisa quantitativa tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando, assim, distorções de análise e interpretação.

O método quantitativo é frequentemente aplicado nos estudos descritivos, os quais investigam as características de um determinado fenômeno e a correlação entre variáveis, e também representam um tipo de análise que permite identificar, ordenar e classificar tais fenômenos (RICHARDSON, 1999).

Os estudos ecológicos abordam o agregado como o alicerce do delineamento do estudo. Este agregado pode ser área geográficas ou um conjunto de população bem delimitado. Analisa-se comparativamente variáveis globais, onde cada indicador constitui-se em médias referentes à população total (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2014).

Estudos ecológicos temporais são assim classificados pois investigam um dado fato em momentos distintos do tempo. Portanto, neste tipo de estudo cada unidade de tempo é uma unidade ecológica completa (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2014).

Neste presente estudo, o agregado são as macrorregiões de saúde do estado da Bahia. A unidade temporal são os anos de 2008 a 2015. E os indicadores globais dizem respeito às características da internação por sífilis congênita.

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

Território brasileiro, estado da Bahia, sendo os dados coletados por meio do DATASUS - TABNET.

O estado da Bahia está organizado em 09 macrorregiões de saúde, onde cada qual contém um município polo que serve de referência em qualquer nível de atenção para os demais municípios da macrorregião a que pertence. Essa divisão tem o intuito de melhor organizar a assistência, possibilitando a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde com mais facilidade.

**Figura 1:** Mapa do estado da Bahia dividido em suas macrorregiões de saúde



Fonte: Google imagens.

<sup>1</sup> As Macrorregiões e Microrregiões foram descontinuadas segundo [Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011](#). Contudo, os dados disponíveis no DATASUS ainda estão organizados por Macrorregião de Saúde, por isto adotamos aqui esta divisão territorial

**Quadro 1:** Municípios da Bahia por macrorregião de saúde

Macrorregião	Municípios
Centro-Leste	Abaíra, Água Fria, Amélia Rodrigues, Andaraí, Anguera, Antônio Cardoso, Araci , Baixa Grande, Barrocas, Biringinga, Boa Vista do Tupim, Boninal, Bonito, Candeal, Cansanção, Capela do Alto Alegre, Conceição do Coité, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Euclides da Cunha, Feira de Santana, Gavião, Iaçú, Ibiquera, Ibitiara, Ichu, Ipecaetá, Ipirá, Iraquara, Irará, Itaberaba, Itaeté, Lajedinho, Lamarão, Lençóis, Macajuba, Marcionílio Souza, Monte Santo, Mucugê, Mundo Novo, Nordestina, Nova Fátima, Nova Redenção, Novo Horizonte, Palmeiras, Pé de Serra, Piatã, Pintadas, Queimadas, Quijingue, Rafael Jambeiro, Retirolândia, Riachão do Jacuípe, Ruy Barbosa, Santa Bárbara, Santaluz, Santanópolis , Santo Estêvão, São Domingos, São Gonçalo dos Campos, Seabra, Serra Preta, Serrinha, Souto Soares, Tanquinho, Teodoro Sampaio, Teofilândia, Terra Nova, Tucano, Utinga Valente, Wagner.
Centro-Norte	América Dourada, Barra do Mendes, Barro Alto, Caém, Cafarnaum, Caldeirão Grande, Canarana, Capim Grosso, Central, Gentio do Ouro, Ibipeba, Ibititá, Itaguaçu da Bahia, Jacobina, João Dourado, Jussara, Lapão, Mairi, Miguel Calmon, Mirangaba, Morro do Chapéu, Mulungu do Morro, Ouroilândia, Piritiba, Presidente Dutra, Quixabeira, São Gabriel, São José do Jacuípe, Saúde, Serrolândia, Tapiramutá, Uibaí, Umburanas, Várzea Do Poço, Várzea Nova, Xique-Xique
Extremo-Sul	Alcobaça, Belmonte, Caravelas, Eunápolis, Guaratinga, Ibirapuã, Itabela, Itagimirim, Itamaraju, Itanhém, Itapebi, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Santa Cruz Cabrália, Teixeira de Freitas, Vereda

Leste	Amargosa, Aratuípe, Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Camaçari, Candeias, Castro Alves, Conceição da Feira, Conceição do Almeida, Conde, Cruz das Almas, Dias D'ávila, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, Governador Mangabeira, Itaparica, Itatim, Jaguaripe, Jiquiriçá, Laje, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Maragogipe, Mata de São João, Milagres, Muniz Ferreira, Muritiba, Mutuípe, Nazaré, Nova Itarana, Pojuca, Presidente Tancredo Neves, Salinas da Margarida, Salvador, Santa Teresinha, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Félix, São Francisco do Conde, São Miguel das Matas, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara, Simões Filho, Ubaíra, Varzedo, Vera Cruz
Nordeste	Acajutiba, Adustina, Alagoinhas, Antas, Aporá, Araçás, Aramari, Banzaê, Cardeal da Silva, Catu, Cícero Dantas, Cipó, Coronel João Sá, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Fátima, Heliópolis, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, Nova Soure, Novo Triunfo, Olindina, Ouriçangas, Paripiranga, Pedrão, Ribeira do Amparo, Ribeira do Pombal, Rio Real, Sátiro Dias, Sítio do Quinto
Norte	Abaré, Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Alegre de Lourdes, Campo Formoso, Canudos, Casa Nova, Chorrochó, Curaçá, Filadélfia, Glória, Itiúba, Jaguarari, Jeremoabo, Juazeiro, Macururé, Paulo Afonso, Pedro Alexandre, Pilão Arcado, Pindobaçu, Ponto Novo, Remanso, Rodelas, Santa Brígida, Senhor do Bonfim, Sento Sé, Sobradinho, Uauá
Oeste	Angical, Baianópolis, Barra, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brejolândia, Brotas de Macaúbas, Buritirama, Canápolis, Catolândia, Cocos, Coribe, Correntina, Cotegipe, Cristópolis, Feira da Mata, Formosa do Rio Preto, Ibotirama, Iupuiara, Jaborandi, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Morpará, Muquém de São Francisco, Oliveira dos Brejinhos, Paratinga, Riachão das Neves, Santa Maria da Vitória, Santa Rita De Cássia, Santana, São Desidério, São Félix do Coribe, Serra do Ramalho, Serra Dourada, Sítio Do Mato, Tabocas do Brejo Velho,



	Wanderley
Sudoeste	Anagé, Aracatu, Barra da Estiva, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Boquira, Botuporã, Brumado, Caatiba, Caculé, Caetanos, Caetitê, Candiba, Cândido Sales, Caraíbas, Carinhanha, Caturama, Condeúba, Contendas do Sincorá, Cordeiros, Dom Basílio, Encruzilhada, Érico Cardoso, Firmino Alves, Guajeru, Guanambi, Ibiassucê, Ibicoara, Ibicuí, Ibipitanga, Igaporã, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Itororó, Ituaçu, Iuiú, Jacaraci, Jussiape, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Livramento de Nossa Senhora, Macarani, Macaúbas, Maetinga, Maiquinique, Malhada, Malhada de Pedras, Matina, Mirante, Mortugaba, Nova Canaã, Palmas de Monte Alto, Paramirim, Pindaí, Piripá, Planalto, Poções, Potiraguá, Presidente Jânio Quadros, Riacho de Santana, Ribeirão do Largo, Rio de Contas, Rio do Antônio, Rio do Pires, Sebastião Laranjeiras, Tanhaçu, Tanque Novo, Tremedal, Urandi, Vitória Da Conquista.
Sul	Aiquara, Almadina, Apuarema, Arataca, Aurelino Leal, Barra do Rocha, Barro Preto, Boa Nova, Brejões, Buerarema, Cairu, Camacan, Camamu, Canavieiras, Coaraci, Cravolândia, Dário Meira, Floresta Azul, Gandu, Gongogi, Ibicaraí, Ibirapitanga, Ibirataia, Igrapiúna, Ilhéus, Ipiaú, Irajuba, Iramaia, Itabuna, Itacaré, Itagi, Itagibá, Itaju do Colônia, Itajuípe, Itamari, Itapé, Itapitanga, Itaquara, Itiruçu, Ituberá, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Jussari, Lafaiete Coutinho, Lajedo do Tabocal, Manoel Vitorino, Maracás, Maraú, Mascote, Nilo Peçanha, Nova Ibiá, Pau Brasil, Piraí Do Norte, Planaltino, Santa Cruz da Vitória, Santa Inês, Santa Luzia, São José da Vitória, Taperoá, Teolândia, U baitaba, Ubatã, Uma, Uruçuca, Valença, Wenceslau Guimarães.

Fonte: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/result\\_macroch.asp?MACRO=SUL&Button122=Ok](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_macroch.asp?MACRO=SUL&Button122=Ok)

### 3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Crianças com faixa etária menor de 1 ano que fizeram internamento na rede de saúde por sífilis congênita.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados, de origem secundária, foram coletados no site do DATASUS, por meio da ferramenta TABNET, a qual é um instrumento que permite tabulações on-line e geração de dados. A coleta dos dados foi realizada entre 15 de fevereiro de 2016 a 14 de maio de 2016, visto que foi a data prevista para coleta dos dados no cronograma de organização para o trabalho.

Os dados foram coletados com base nos seguintes critérios de seleção: Informações à Saúde; Assistência de saúde; Morbidade Geral Hospitalar do SUS, por local de residência a partir de janeiro de 2008 a dezembro de 2015; Estado: Bahia; Lista de Morbidade por Classificação Internacional de Doenças (CID10): sífilis congênita. O número de nascidos vivos foi coletado através da seleção: Informações de Saúde; Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos; Nascidos Vivos - 1994 a 2014; Nascidos Vivos; Estado: Bahia; Nascimento por local de residência da mãe. Os casos notificados de SC foram coletados da seguinte forma: Informações de Saúde; Epidemiológicas e Morbidade; Doenças e Agravos de Notificação - de 2007 em diante; Sífilis Congênita; Estado: Bahia.

Segundo a CID 10, o código utilizado para se referir à sífilis congênita é A50.

Os dados coletados foram transpostos para o programa Excel, onde foram gerados tabelas e gráficos.

### 3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis analisadas serão: sexo do RN; cor do RN; total de internações por macrorregião; total de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas; valor médio do internamento; valor total de internamento; dias de permanência; média de permanência; óbitos; taxa de mortalidade hospitalar

por sífilis congênita; nascidos vivos por macrorregião; e casos notificados de sífilis congênita.

### 3.6 PLANO DE ANÁLISE

A estatística é uma ciência caracterizada por processos oportunos que viabilizam a coleta, apresentação e interpretação de dados, tendo como principal objetivo apresentar informações sobre dados em análise para o entendimento das situações a que os mesmos estão se referindo (GUEDES, 2015).

A estatística descritiva visa descrever os dados coletados com o objetivo de sintetizar uma série de valores que tem uma mesma natureza, visando a possibilidade de ter uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados através de tabelas, gráficos e medidas descritivas (GUEDES, 2015).

Também foram utilizados aportes teóricos da Epidemiologia Social para a devida e coerente discussão dos resultados encontrados.

As fórmulas utilizadas para os cálculos serão:

- Média de Permanência = referentes às AIH aprovadas, computadas como internações, no período coletado.
- Taxa de mortalidade hospitalar =  $\frac{\text{Número de óbitos de residentes com SC} \times 100}{\text{Número de AIH aprovadas}}$
- Taxa de incidência =  $\frac{\text{Número de casos novos de SC} \times 1000}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}}$

As variáveis *Internações*, *AIH aprovadas*, *Valor total*, *Dias de permanência*, *Óbito*, *Taxa de mortalidade* e *Casos notificados* foram analisadas por meio de frequência simples absoluta. A *variável Média de permanência* foi analisada através da média aritmética dos dias de permanência, também em frequência simples absoluta. Já as variáveis *Internações por sexo* e *Internações por cor* foram analisadas por meio de frequência relativa, expressa em porcentagem, para facilitar as comparações.

### 3.7 QUESTÕES ÉTICAS

Conforme definição feita pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na resolução 466/12, não foi necessário solicitar um parecer do Comitê de Ética para este estudo por se tratar de uma análise de dados secundários, porém foram resguardados todos e qualquer direito autoral.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DO RN

Na macrorregião Nordeste da Bahia, podemos observar que a subnotificação do quesito cor é elevada (Tabela 1). Entre 2014 e 2015, por exemplo, em cerca de 60% dos casos disponíveis nestes anos, não houveram identificações de raça/cor. De 2008 a 2010 e em 2014, o sexo masculino predomina entre os RN, enquanto que o sexo feminino predomina de 2011 a 2013 e em 2015.

**Tabela 1:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Nordeste da Bahia, de 2008 a 2015

<b>Características do RN</b>	<b>2008</b>		<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>	
<b>RAÇA/COR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15	2	13
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	0	0	0	0	1	17	2	25	1	14	6	25	3	23	4	27
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	2	100	6	100	5	83	6	75	6	86	6	67	8	62	9	60
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	2	100	4	67	4	67	2	25	3	43	5	42	7	54	3	20
Feminino	0	0	2	33	2	33	6	75	4	57	7	58	6	46	12	80
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A macrorregião de saúde Sul da Bahia (Tabela 2), apresenta percentual de 0% de casos de SC nas cores/raças preta, amarela e indígena em todos os anos. Nesta macrorregião, podemos observar casos identificados como cores branca e parda, porém, a maioria das notificações demonstram dados que não contêm informações sobre esta variável, chegando até 97% dos casos identificados em 2012. De 2009 a 2011, o sexo feminino predomina entre os RN, com 57%, 65% e 63%, respectivamente. Já em 2008, 2012, 2013 e 2015, o sexo masculino predomina com 63%, 56%, 53% e 57%, respectivamente.

**Tabela 2:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Sul da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	5	19	31	30	3	4	7	9	1	2	3	4	10	7	41	44
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	1	3,85	8	7,84	6	8	0	0	1	1,6	17	22	58	42	49	52
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	20	76,9	63	61,7	66	88	74	91	61	97	57	74	71	51	4	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>																
Masculino	7	35	19	30,16	32	48,5	26	35	31	51	35	61	31	44	47	50
Feminino	13	65	44	69,84	34	51,5	48	65	30	49	22	39	40	56	47	50
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na macrorregião Extremo Sul (Tabela 3), de 2008 a 2015, apenas 1,82% dos casos de SC foi identificado como sendo da cor preta. A maioria dos casos são da cor parda, seguido da branca, e, por fim, da amarela. Em relação ao sexo dos RN, observamos que em 2008, 2012, 2013 e 2015 o masculino predomina com o percentual de 63%, 56%, 53% e 57%, respectivamente, enquanto o feminino é mais frequente nos anos 2009, 2010 e 2011, com 57%, 65% e 63%, respectivamente.

**Tabela 3:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Extremo Sul da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	7	44	3	21	3	18	8	42	12	27	5	9	0	0	5	5,4
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8	0	0	0	0
Parda	7	44	9	64	13	77	6	32	12	27	23	42	33	50	54	59
Amarela/Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	16
Sem informação	2	13	2	14	1	6	5	26	21	47	26	47	33	50	18	20
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	10	63	6	43	6	35	7	37	25	56	29	53	33	50	52	57
Feminino	6	38	8	57	11	65	12	63	20	44	26	47	33	50	40	43
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na macrorregião Leste (Tabela 4), com exceção nos anos 2011 e 2014, em que a cor/raça parda tem maior predominância nos casos, com percentual de 46% e 50% nos respectivos anos citados, podemos observar que há uma prevalência dos casos de SC sendo caracterizados como sem informação na maioria dos anos coletados, chegando a atingir até 72% dos mesmos em 2008. No que se refere ao sexo do RN da Leste, observamos que o feminino prevalece durante todos os anos, atingindo o percentual mínimo de 55% em 2012, e o máximo de 68% no ano de 2008.

**Tabela 4:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	3	3	3	3	3	3	3	2	0	0	3	1	2	1	1	0
Preta	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	7	2	8	2	4	1
Parda	24	25	30	35	43	40	69	46	118	54	142	43	196	50	193	48
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	68	72	52	60	62	57	79	52	101	46	178	54	188	48	202	51
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>151</b>	<b>100</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>330</b>	<b>100</b>	<b>394</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	30	32	36	41	45	42	65	43	98	45	122	37	155	39	170	43
Feminino	65	68	51	59	63	58	86	57	122	55	208	63	239	61	230	58
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>151</b>	<b>100</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>330</b>	<b>100</b>	<b>394</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



A tabela 5 mostra que, na macrorregião de saúde Norte, nos anos de 2008 a 2010, a maioria dos casos de SC estão sem informações sobre suas cores com até 67% em 2009, sendo que a partir de 2011 até 2015, a prevalência passa a ser da cor parda, a qual alcança o percentual de até 81% dos casos em 2011. Em relação à característica sexo, o masculino predomina apenas no ano de 2011, com 56%, enquanto o sexo feminino é mais frequente durante todos os outros anos coletados, com o percentual mínimo de 51% em 2013, chegando a atingir 84% dos casos, no ano de 2010.

**Tabela 5:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Norte da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	2	9	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	5	9	12	15
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8	0	0
Parda	10	46	3	33	11	36	33	81	27	79	40	73	39	70	63	77
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	10	45	6	67	19	61	8	20	7	21	15	27	11	20	7	9
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	9	41	4	44	5	16	23	56	13	38	27	49	26	46	35	43
Feminino	13	59	5	56	26	84	18	44	21	62	28	51	30	54	47	57
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na macrorregião Oeste (Tabela 6), observa-se que de 2008 a 2012 e 2014, 100% dos casos de SC estão classificados como sem informações sobre a raça/cor. Em 2013 e 2015, apenas 14% e 5% pertencem a cor parda, respectivamente, enquanto o restante dos casos também se enquadra na categoria sem informação. Em relação ao sexo dos RN na macrorregião Oeste, obtivemos que nos anos 2010, 2012 e 2013 prevalece o sexo masculino, enquanto que em 2009, 2011, 2014 e 2015, o sexo feminino predomina na tabela 6, e em 2008, tem-se 50% dos casos para cada sexo.

**Tabela 6:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Oeste da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	1	5
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	4	100	6	100	4	100	3	100	4	100	6	86	8	100	19	95
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	2	50	2	33,3	3	75	1	33,3	4	100	5	71	2	25	5	25
Feminino	2	50	4	66,7	1	25	2	66,7	0	0	2	29	6	75	15	75
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Sudoeste (Tabela 7), observa-se que há predominância da cor/raça parda de 2008 a 2015, apresentando o menor percentual de 59,1% em 2012, chegando a atingir o máximo de 98% em 2015. Em relação ao sexo, observamos que na maioria dos anos, os quais são de 2008 a 2010, 2013 e 2014, há predomínio do sexo feminino, enquanto o masculino prevalece apenas nos anos 2011, e há percentual de 50% nos anos 2012 e 2015 para ambos sexos.

**Tabela 7:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Sudoeste da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	0	0	0	0	2	7	1	4	1	5	1	3	0	0	0	0
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	23	82,1	24	92,3	22	81,5	20	80	13	59,1	29	94	23	95,8	39	98
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	5	18	2	8	3	11	4	16	8	36	1	3	1	4	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	11	39,3	9	34,6	12	44,4	13	52	11	50	15	48	7	29,2	20	50
Feminino	17	60,7	17	65,4	15	55,6	12	48	11	50	16	52	17	70,8	20	50
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na macrorregião Centro-Leste (Tabela 8), a cor preta aparece em apenas 0,9% dos casos no ano de 2015. No ano de 2008 a cores branca e parda apresentam o maior percentual igualmente, 37% dos casos, enquanto que em 2009, a cor branca tem o maior percentual com 43% e nos anos seguintes a parda predomina sempre. O sexo masculino prevalece apenas no ano 2013, enquanto o feminino predomina nos anos de 2008 a 2011, 2014 e 2015, com até 68,4% dos casos no ano de 2008.

**Tabela 8:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Centro-Leste da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	7	37	13	43	16	31	11	26	5	14	2	4	2	3	1	1
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
Parda	7	37	7	23,3	25	49	14	32,6	15	41,7	38	72	56	87,5	94	86,2
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	5	26	10	33	10	20	18	42	16	44	13	25	6	9	13	12
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>																
Masculino	6	31,6	11	36,7	20	39,2	21	48,8	18	50	28	53	30	46,9	54	49,5
Feminino	13	68,4	19	63,3	31	60,8	22	51,2	18	50	25	47	34	53,1	55	50,5
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Tabela 9, da Centro-Norte, podemos observar que em 2008, 2012, 2013 e 2015 há predominância da categoria sem informação, com 100%, 67%, 60% e 80%, respectivamente. Em relação ao sexo, obtivemos que em 2008, e de 2011 a 2015 há predomínio do sexo feminino, enquanto que o masculino só aparece em destaque no ano de 2010, com 100% dos casos.

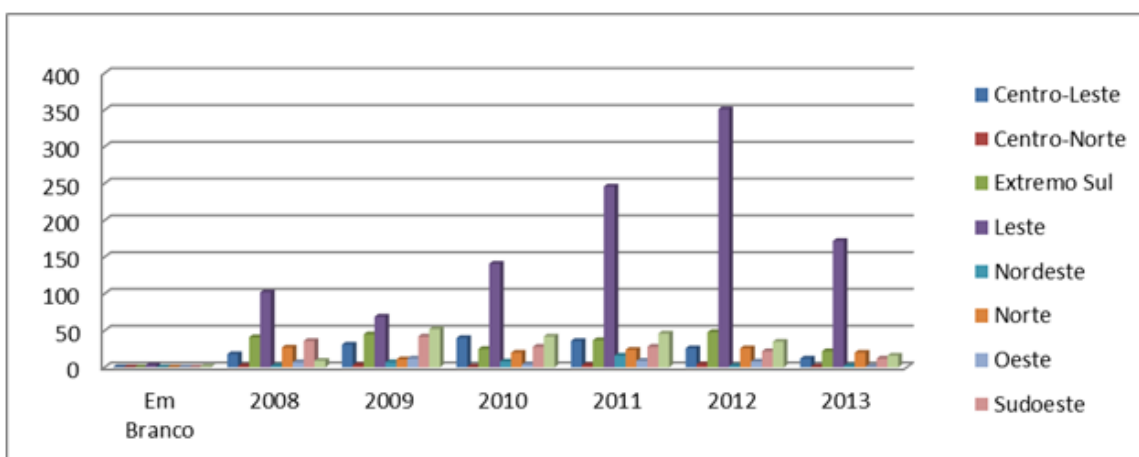
**Tabela 9:** Características do recém-nascido infectado por sífilis congênita, segundo raça/cor e sexo da macrorregião de saúde Centro-Norte da Bahia, de 2008 a 2015

Características do RN	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>RAÇA/COR</b>																
Branca	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	2	29	0	0
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	0	0	0	0	0	0	1	100	1	33,3	2	40	3	42,9	1	20
Amarela/Indígena	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sem informação	3	100	0	0	0	0	0	0	2	67	3	60	2	29	4	80
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>																
Masculino	1	33,3	0	0	1	100	0	0	1	33,3	2	40	2	28,6	2	40
Feminino	2	66,7	0	0	0	0	1	100	2	66,7	3	60	5	71,4	3	60
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

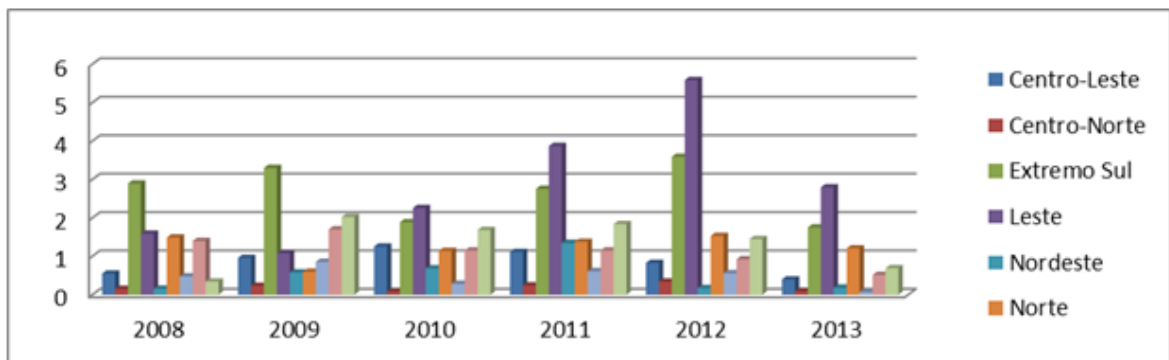
## 4.2 CASOS NOTIFICADOS E TAXA DE INCIDÊNCIA DE SIFILIS CONGÊNITA

Não existem dados sobre casos notificados referentes aos anos 2014 e 2015 no SINAN. Desta forma, conforme o Gráfico 1, constata-se que a macrorregião de saúde Leste possui a maior quantidade de casos notificados de SC na Bahia, durante todos os anos. Os casos em branco referem-se às notificações que não possuem o ano da ocorrência identificado.



**Gráfico 1:** número de casos notificados de sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2013. Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Em relação à taxa de incidência de SC na Bahia, observamos no Gráfico 2 que em 2008 e 2009, a Extremo Sul possui as maiores taxas, com 2,89 e 3,3, respectivamente. De 2010 a 2013, a Leste detém as maiores taxas. A macrorregião que se mantém com os menores números de casos notificados e menor taxa de incidência é a Centro-Norte.



**Gráfico 2:** taxa de incidência de sífilis congênita por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2013. Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

### 4.3 INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA

O número de internamentos na Bahia cresceu gradativamente de 2008 a 2015, passando de 217 para 857 casos, respectivamente, conforme apresenta a Tabela 10.

**Tabela 10:** Internamentos por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2015

MACRORREGIÃO	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro-Leste	19	8,8	32	13	51	16	44	11	35	7,8	52	8,6	63	9,7	109	13
Centro-Norte	3	1,4	0	0	1	0,3	2	0,5	2	0,4	5	0,8	7	1,1	5	0,6
Extremo Sul	17	7,8	13	5,3	17	5,4	22	5,7	45	10	55	9,1	63	9,7	92	11
Leste	97	45	88	36	110	35	172	44	228	51	326	54	364	56	400	47
Nordeste	2	0,9	6	2,5	7	2,2	7	1,8	7	1,6	13	2,1	12	1,8	15	1,8
Norte	23	11	11	4,5	29	9,2	41	11	35	7,8	55	9,1	54	8,3	82	9,6
Oeste	4	1,8	6	2,5	4	1,3	3	0,8	4	0,9	10	1,7	5	0,8	20	2,3
Sudoeste	30	14	26	11	27	8,6	24	6,2	27	6,1	27	4,5	22	3,4	40	4,7
Sul	22	10	62	25	69	22	74	19	63	14	62	10	60	9,2	94	11
Total	217	100	244	100	315	100	389	100	446	100	605	100	650	100	857	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os dados evidenciam que a maior quantidade de internamentos está concentrada na macrorregião Leste, possuindo 35% do quantitativo em 2010, chegando até 56% em 2014. Nesses respectivos anos, as outras macrorregiões apresentam o máximo de 22% dos casos, como ocorre na Sul em 2010, e 9,7% na Centro-Leste em 2014. A Sul é a que apresenta os números mais altos depois da Leste, chegando até 25% dos casos em 2009. A Centro-Norte possui os menores quantitativos, exceto em 2008 e 2014, nos anos pelos quais é superada pela Nordeste e Oeste, respectivamente.

Analisando a discriminação dos internamentos por SC ocorridos nos municípios da macrorregião Leste, conforme a Tabela 20 no apêndice A, observamos que a cidade Salvador é a responsável pela maior quantidade dos internamentos de 2008 a 2015, atingindo 75% dos casos em 2008 e 2012 e até



88% em 2013. Posteriormente a Salvador, a segunda cidade que possui o maior percentual é a Santo Antônio de Jesus, com a máxima de 10% dos casos no ano de 2009, ao passo que Salvador ainda apresenta uma diferença importante, com 83% dos casos. Todas as demais cidades apresentam dados entre 0,3% ao máximo de 9,5% dos internamentos.

Referente aos dias de permanência em internamentos por SC, por macrorregião de saúde da Bahia, podemos observar na Tabela 11 que a macrorregião Leste é que possui os maiores números de dias desde 2008, com 997 dias de permanência em internações, tendo aumentos progressivos e ininterruptos até 2015, chegando até 3.994 dias, ao passo que as demais macrorregiões chegaram a atingir, em 2015, o máximo de 1.139 dias de permanência, como podemos observar na macrorregião Centro-Leste; 1.017 dias na Sul; seguido de 793 dias na Extremo Sul e 726 dias na Norte.

**Tabela 11:** Dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2015

<b>MACRORREGIÃO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Centro-Leste	176	443	713	515	363	688	685	1.139
Centro-Norte	20	0	14	20	21	50	74	58
Extremo Sul	149	121	125	176	394	416	523	793
Leste	997	889	1.172	1.907	2.496	3.560	3.648	3.994
Nordeste	19	55	62	78	68	125	155	134
Norte	159	94	315	330	275	553	479	726
Oeste	35	65	54	23	25	88	39	186
Sudoeste	296	250	267	225	220	250	183	362
Sul	244	643	776	675	615	666	629	1.017
<b>Total</b>	<b>2.095</b>	<b>2.560</b>	<b>3.498</b>	<b>3.949</b>	<b>4.477</b>	<b>6.396</b>	<b>6.415</b>	<b>8.409</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As macrorregiões que possuem os menores números de dias de permanência são: Sudoeste, Centro-Norte, a Nordeste, e a macrorregião Oeste, que apresenta dados em 2008 com 35 dias, chegando a atingir 186 dias de internações em 2015. Desta forma, é perceptível que todas as macrorregiões apresentam dados com aumentos progressivos ao longo dos anos pesquisados.

Ao observar a tabela 21 no Apêndice B, encontramos dados que revelam que a cidade de Salvador é responsável pela grande maioria dos dias de internamento na macrorregião Leste. Com isso, entre os anos de 2008 a 2014, Salvador obteve um aumento constante de dias de permanência nos internamentos de SC, passando de 766 para 3488, respectivamente, demonstrado uma pequena queda no ano de 2015, com 3258 dias de permanência. Posteriormente, as cidades de Lauro de Freitas e Santo Antônio de Jesus também possuem destaque na tabela, as quais possuem dados máximos de 130 e 128 dias no ano de 2015, respectivamente.

Diante do exposto na Tabela 12, podemos observar que a média de permanência de infectados por SC nas macrorregiões de saúde da Bahia varia de 6,3 dias em 2012, na macrorregião Oeste, até 14,2 dias, encontrada em 2010 na região Centro-Leste. A macrorregião que apresenta as menores médias é a Oeste, seguida da Extremo Sul e da Sudoeste. Analisando os dados podemos perceber que as demais macrorregiões apresentam médias similares, geralmente de 8 a 11 dias de permanência.

**Tabela 12:** Média de dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por macrorregiões de saúde da Bahia, de 2008 a 2015

MACRORREGIÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Centro-Leste	9,3	13,5	14,2	12	10,1	13,1	11	10,4
Centro-Norte	6,7	9,4	14	10	10,3	10	10,6	11,6
Extremo Sul	8,6	10,5	7,4	7,7	8,8	7,6	8,3	8,6
Leste	10	9,2	10,6	11,2	10,9	10,9	10	10
Nordeste	9,5	9,3	8	11,5	9,7	9,7	12,6	8,9
Norte	6,9	10,8	10,4	8,1	7,9	10	8,9	8,9
Oeste	8,8	9,7	13,5	7,7	6,3	8,1	8,8	9,3
Sudoeste	9,8	10,4	9,9	9,5	7,9	9,3	8,2	9,1
Sul	10,8	10,6	11,5	9,1	9,7	10,8	10,5	10,8

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Tabela 22 no Apêndice C, observa-se que a cidade São Miguel das Matas apresenta a menor média de dias de permanência em internamentos por SC, porém a mesma também é responsável pela maior média de dias, com 19 dias em 2015. Simões Filho possui a segunda maior média, com 15,5 dias em 2011; seguida da cidade Amargosa, Santo Antônio de Jesus e Saubara. Apesar de Salvador apresentar o maior número de dias de permanência, a sua média atinge o mínimo de 10 em 2015 e o máximo de 11,5 dias em 2011 e 2012, que correspondente ao padrão mais encontrado na maioria das cidades que constam nesta tabela, e relativamente um pouco menor em relação as cidades que já foram citadas anteriormente.

Observamos na tabela 13 que a macrorregião Leste apresenta o maior percentual de AIH aprovadas por SC durante todos os anos, sendo responsável por até 56% das mesmas em 2014. Posteriormente, a Sul representa a segunda macrorregião que possui os maiores números, seguida da macrorregião Centro-Leste. As demais macrorregiões apresentam percentuais mais baixos que 11% em todos os anos. A Centro-Norte possui o menor percentual em relação a todas outras macrorregiões, com o máximo de 1,46% no ano de 2008.

**Tabela 13:** AIH aprovadas por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

MACRORREGIÃO	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro-Leste	17	8,29	32	13,1	51	16,2	44	11,3	35	7,85	52	8,6	63	9,69	109	12,7
Centro-Norte	3	1,46	0	0	1	0,32	2	0,51	2	0,45	5	0,83	7	1,08	5	0,58
Extremo Sul	15	7,32	13	5,33	17	5,4	22	5,66	45	10,1	55	9,09	63	9,69	92	10,7
Leste	93	45,4	88	36,1	110	34,9	172	44,2	228	51,1	326	53,9	364	56	400	46,7
Nordeste	2	0,98	6	2,46	7	2,22	7	1,8	7	1,57	13	2,15	12	1,85	15	1,75
Norte	22	10,7	11	4,51	29	9,21	41	10,5	35	7,85	55	9,09	54	8,31	82	9,57
Oeste	4	1,95	6	2,46	4	1,27	3	0,77	4	0,9	10	1,65	5	0,77	20	2,33
Sudoeste	27	13,2	26	10,7	27	8,57	24	6,17	27	6,05	27	4,46	22	3,38	40	4,67
Sul	22	10,7	62	25,4	69	21,9	74	19	63	14,1	62	10,2	60	9,23	94	11
Total	205	100	244	100	315	100	389	100	446	100	605	100	650	100	857	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na tabela 23 (Apêndice D), observamos as AIH aprovadas por SC, dos municípios da macrorregião de saúde Leste, na qual constata-se que Salvador é a cidade que possui o maior percentual de AIH, apresentando o mínimo de 74,5% de AIH no ano de 2012, chegando até o máximo de 93,9% em 2013. As demais cidades apresentam baixos percentuais, sendo que a cidade Simões Filho apresenta o segundo maior percentual depois de Salvador, com 9,47% de AIH em 2008.

Em relação aos valores gastos nos internamentos por SC na Bahia, contados na Tabela 14, observamos que entre todas as macrorregiões, houve um total de investimentos de R\$70.435,46 em 2008, que comparativamente aos anos anteriores, aumentou de forma intensa até 2015, quando atingiu R\$432.443,30.

A macrorregião Leste é a que mais gasta no tratamento hospitalar deste agravo. A macrorregião Sul, Extremo Sul e Centro-Leste também apresentam valores elevados, chegando a gastar até R\$130.869,20 em 2015, R\$68.723,62 em 2012 e R\$41.554,79 em 2015, respectivamente. A macrorregião Centro-Norte é que possui os menores gastos descritos na tabela ao longo dos anos coletados.

**Tabela 14:** Valor total de internamentos por sífilis congênita, em reais, por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

<b>MACRORREGIÃO</b>	<b>2008 (R\$)</b>	<b>2009 (R\$)</b>	<b>2010 (R\$)</b>	<b>2011 (R\$)</b>	<b>2012 (R\$)</b>	<b>2013 (R\$)</b>	<b>2014 (R\$)</b>	<b>2015 (R\$)</b>
Centro-Leste	5.111,46	16.618	42.153,4	16.994,64	20.199,43	30.052,25	21.503,79	41.554,79
Centro-Norte	745,22	0	298,89	654,74	739,69	1.603,95	2.339,39	1.757,85
Extremo Sul	4.701,02	4.332,01	5.036,27	15.084,17	68.723,62	28.941,15	24.905,36	42.028,7
Leste	32.060,89	40.205,86	39.412,12	94.390,55	94.882,94	150.743,2	137.276,4	157.131,3
Nordeste	479,2	2.042,13	2.195,51	2.350,31	7.305,42	13.405,23	20.035,18	10.508,7
Norte	6.328,71	3.334,47	11.205,91	13.180,2	11.139,06	19.908,38	17.816,29	26.776,51
Oeste	1.278,45	1.980,15	1.706,36	983,66	1.371,34	3.345,79	1.054,2	7.290,95
Sudoeste	10.053,39	16.443,42	16.053,94	10.191,07	8.267,73	7.968,38	6.758,45	14.525,29
Sul	9.677,12	39.673,71	49.305,8	35.791,94	46.942,98	57.677,28	48.133,87	130.869,2
<b>Total</b>	<b>70.435,46</b>	<b>124.629,8</b>	<b>167.368,2</b>	<b>189.621,3</b>	<b>259.572,2</b>	<b>313.645,6</b>	<b>279.823</b>	<b>432.443,3</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Diante do que foi apresentado na tabela 24, presente no Apêndice E, observa-se que Salvador é a cidade que possui os maiores gastos com internamentos por SC de 2008 a 2015. O segundo maior orçamento encontrado é o da cidade de Vera Cruz, seguido pela cidade Mutuípe, Lauro de Freitas e Santo Antônio de Jesus, os três referentes ao ano de 2015. Outras cidades apresentam valores menores, como Jiquiriçá, R\$2.126,57 em 2013; Amargosa, R\$2.104,62 em 2012; e Simões Filho, R\$1.961,49 em 2015. O menor valor gasto corresponde a quantia R\$258,77, encontrado em diversas cidades, tais como Camaçari, Castro Alves, Itaparica, Maragogipe etc.

Na Tabela 15, é nítido que, apesar da macrorregião Leste apresentar gastos hospitalares em internamentos por SC muito maiores que as outras macrorregiões, algumas delas apresentam um valor médio de internamento maior que a mesma. As maiores médias encontradas em cada macrorregião, por ordem, são: Extremo Sul, que tem valor médio de R\$1.695,1 em 2012; Nordeste, com R\$1.090,2 em 2013; Sul, com R\$995,26 em 2013; Centro-Leste, com R\$719,45 em 2010; Sudoeste, com R\$641,22 em 2010; Leste, com R\$579,81 em 2011; Oeste, com R\$426,59 em 2010; e por último, a Centro-Norte, com R\$378,55 em 2012.

**Tabela 15:** Valor médio de internamentos por sífilis congênita, em reais, por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MACRORREGIÃO	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
Centro-Leste	294,25	525,59	719,45	523,39	510	607,49	343,73	381,24
Centro-Norte	248,41	...	298,89	258,77	378,55	320,79	334,2	351,57
Extremo Sul	311,09	334,2	296,25	316,45	1.695,1	535,39	392,64	456,83
Leste	302,19	502,88	359,02	579,81	425,71	401,1	419,12	392,83
Nordeste	239,6	340,35	297,44	345,15	1.043,6	1.090,2	1566	700,58
Norte	291,94	307,66	378,95	322,05	318,6	361,39	329,96	326,54
Oeste	319,61	330,02	426,59	327,89	342,84	325,64	265,07	364,55
Sudoeste	368,52	584,02	641,22	417,99	313,67	292,8	303,17	363,13
Sul	454,97	634,8	728,04	484,38	697,56	995,26	773,73	1.392,2
<b>TOTAL</b>	<b>323,54</b>	<b>523,51</b>	<b>518,98</b>	<b>491,98</b>	<b>598,13</b>	<b>490,34</b>	<b>453,14</b>	<b>504,6</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Tabela 25, no Apêndice F, podemos verificar que o município da macrorregião Leste que apresenta a maior média de valor gasto em internamento por SC corresponde a cidade de Mutuípe, enquanto a maior segunda média é referente a Presidente Tancredo Neves, seguida pela cidade Vera Cruz, Salvador, São Sebastião do Passé, e Simões Filho. A maior parte dos dados encontrados na tabela apresentam uma média de valor por internamento entre R\$250 e R\$400, como por exemplo Amargosa, Aratuípe, Camaçari, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, dentre outras. O menor valor de média existente de 2008 a 2015, é referente a cidade de Candeias, que apresenta média de R\$100,14 no ano de 2014.

Na Tabela 16, observamos que apenas as macrorregiões de saúde Extremo Sul, Leste, Norte, Sudoeste e Sul apresentaram óbitos por SC, sendo que a Sul possui o maior número de casos em 2011, sendo constatados 2



óbitos, enquanto as demais macrorregiões só possuem 1 caso por ano, quando ocorrido.

**Tabela 16:** Óbitos por sífilis congênita, por macrorregião de saúde da Bahia, de 2008 a 2015

<b>MACRORREGIÃO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Extremo Sul	0	-	-	-	1	1	-	-
Leste	0	1	-	1	1	1	-	1
Norte	0	-	-	-	-	-	-	1
Sudoeste	0	-	-	-	1	-	-	-
Sul	0	1	1	2	-	-	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Nos municípios da macrorregião Leste, apenas Salvador e Itaparica aparecem com ocorrência de óbitos, sendo constatado 1 caso por ano, quando ocorrido, conforme mostra a tabela 17.

**Tabela 17:** Óbitos por sífilis congênita, por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2015</b>
Itaparica	0	-	0	-	1	-	-
Salvador	0	1	0	1	-	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na tabela 18, observa-se que a macrorregião Sudoeste apresenta a maior taxa de mortalidade hospitalar, com 4,55 no ano de 2012. Posteriormente, a Extremo Sul possui a segunda maior taxa, referente a 2,22 em 2012, e 1,82 em 2013, seguida da Sul, que apresenta taxa de 1,59 no ano de 2009. A Leste apresenta a menor taxa de mortalidade de 0,25, no ano de 2015.

**Tabela 18:** Taxa de mortalidade hospitalar por sífilis congênita por macrorregião de saúde da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

MACRORREGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Extremo Sul	-	-	-	2,22	1,82	-	-
Leste	1,15	-	0,66	0,45	0,3	-	0,25
Norte	-	-	-	-	-	-	1,22
Sudoeste	-	-	-	4,55	-	-	-
Sul	1,59	1,52	2,7	-	-	1,41	-
TOTAL	0,83	0,32	0,82	0,69	0,33	0,14	0,23

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Segundo o SIH, conforme apresentado na Tabela 19, apenas duas cidades da macrorregião Leste apresentam taxa de mortalidade hospitalar, são elas: Itaparica e Salvador. Itaparica apresenta uma taxa de 100 no ano de 2012, já a maior taxa de Salvador corresponde a 1,39, no ano de 2009, diminuindo constantemente nos anos seguintes, chegando até a taxa de 0,31 em 2015. A taxa referente ao ano 2008 não estava disponível durante a coleta.

**Tabela 19:** Taxa de mortalidade hospitalar por sífilis congênita por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Itaparica	0	0	0	100	-	0	-
Salvador	1,39	0	0,81	0	0,35	0	0,31

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## 5 DISCUSSÃO

No período analisado, a avaliação dos dados chama a atenção às subnotificações presentes na maioria dos gráficos e tabelas, tais como em casos notificados, internamentos e a característica raça/cor do RN.

O Gráfico 1, referente aos casos notificados e Tabela 1, que corresponde aos internamentos por SC na Bahia nos remetem a uma importante avaliação que se diz respeito aos valores encontrados e à evidente subnotificação presente nos dados. Nota-se que no ano de 2010 há 309 casos notificados de SC e 315 internamentos na Bahia. O mesmo acontece no ano de 2013, no qual há 605 casos de internamentos por SC, enquanto que há apenas 258 notificações de SC presentes no SINAN. Nos demais anos investigados a situação se inverte, há mais notificações do que internamentos identificados nos sistemas de informações. Segundo Campos et al. (2010), apesar da SC ser um agravo de notificação compulsória desde 1986, apenas 17,4% dos casos são notificados no Brasil.

É possível perceber que nos anos ascendentes, os casos de notificações e internações tiveram aumentos constantes na Bahia. Esse aumento progressivo nos leva a considerar a possibilidade de uma melhoria nas notificações dos casos, ligadas ao avanço da vigilância epidemiológica, à uma melhor capacitação dos funcionários responsáveis pelo manejo de todo processo que envolve o agravo, ampliação do acesso às gestantes às consultas pré-natal. Contudo, ainda se estima que no SINAN há uma média de 67% de subnotificações distribuídos por todo país, por ano (COSTA et al, 2013). Entretanto, Cardoso et al (2013) afirmam que é possível observar avanços na cobertura da assistência pré-natal no Brasil, mas a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória.

Lima (2004) ressalta que a assistência pré-natal tem potencial para interferir diretamente sobre os índices de morbimortalidade materno-infantil, visto que dispõe de ações que podem acompanhar e melhorar o desfecho da gravidez. Magalhães et al (2013) ainda complementam que a falta do pré-natal às gestantes pode aumentar a mortalidade perinatal em até cinco vezes.

Tendo em vista o aumento das internações hospitalares na Bahia por SC, é possível verificar a deficiência existente na atenção básica de saúde do estado, visto que, segundo Araújo et al (2012), a incidência de SC é um indicador sensível à qualidade da assistência na atenção básica, principalmente relacionado à assistência pré-natal.

Quanto as características referentes à raça/cor dos RN, é possível observar predominância na classificação Sem Informação dos dados e da cor/raça parda, o que dificulta a real identificação da raça/cor que é mais atingida pela SC. A cor preta praticamente não é evidenciada nos dados coletados, entretanto, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2007), a Bahia possui cerca de 13% da população autodeclarada preta, estando bem acima da média nacional (6,2%). A capital da Bahia, Salvador, possui 20,4% da população autodeclarada preta, sendo também muito maior do que a média nacional, enquanto que a população que se declara branca é menor em relação à média nacional (23%) e os autodeclarados pardos possuem percentual de 54,8% da população, sendo um pouco menor do que a média estadual. A cor amarela e indígena também não tem relevância nos dados. Essas cores que são facilmente encontradas nas diversas macrorregiões de saúde da Bahia, podem estar submergidas na classificação Sem Informação das tabelas.

Domingues et al (2016) revelam em seu estudo que a maioria das mulheres infectadas com sífilis eram autodeclaradas pretas ou pardas e Lima et al (2013) evidenciaram 70% dos casos de SC como também sendo da cor/raça preta ou parda.

Barreto (2004) mostra a estreita relação que há entre a raça/cor e a obtenção de doenças. O estudo do autor revela que as pessoas adoecem não apenas por questões genéticas ligadas a raça a que pertencem, mas que na maioria das doenças, as mesmas ocorrem por causa da desigualdade social, econômica e cultural.

É sabido que 65% da população pobre do Brasil são negros, e da extremamente pobre, 70% também são negros, apesar de representarem apenas 45% da população total do país. Esse dado está diretamente ligado à

vulnerabilidade social desta raça/cor, fazendo com que as doenças possam ocorrer com mais facilidade (BRASIL, 2013a).

A característica sexo observada neste estudo, indica que há predominância do sexo feminino entre os RN, porém, comparando aos dados dos casos notificados, evidenciamos que a quantidade de casos definindo o sexo do RN infectado não coincide com os números de notificações do agravo, ficando claro a existência da subnotificação e a impossibilidade de determinar o sexo predominante na totalidade dos casos. Por exemplo, na macrorregião Nordeste, no ano de 2011 há o total de 8 casos de internamento entre o sexo masculino e feminino, em contrapartida, nesse mesmo ano, há 16 casos notificados, ou seja, metade dos casos estão subnotificados.

Segundo Luz et al (2005), a subnotificação de casos implica diretamente na dificuldade do conhecimento do real problema que aflige uma determinada população, impossibilitando a identificação das necessidades existentes relacionadas aos serviços, recursos humanos e financeiros, para que o agravo possa ser devidamente combatido.

Luz et al (2005) ainda ressaltam que a maior parte dos profissionais de saúde do Brasil consideram o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados como sendo apenas mais uma demanda menos importante do seu processo de trabalho, que reflete na qualidade dos dados que estão sendo gerados. Além disso, existe a dificuldade de os papéis terem que ser preenchidos à mão, encaminhados de um setor para outro, o que pode culminar em erros e perdas dos dados.

Segundo o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, estima-se que a macrorregião Leste tem a menor cobertura populacional de Saúde da Família em comparação as demais macrorregiões, apresentando cobertura mínima de 29,82% em 2009, aumentando gradativamente até 2015, quando chega a ter 48,16%. Nos respectivos anos citados, a Centro-Norte possuía cerca de 69,29% e 90,97% de cobertura.

Esse dado pode nos revelar um dos motivos pelo qual a Leste detém maiores números de internações por SC e as maiores taxas de incidência, enquanto a Centro-Norte é a macrorregião que possui o menor quantitativo, visto que, os casos de SC estão diretamente ligados ao acesso e a qualidade

precária da assistência pré-natal envolvendo diversos motivos, tais como gestantes diagnosticadas com sífilis que não retornam às unidades para buscar resultados de seus exames, ou que não foram tratadas adequadamente e até mesmo não tiveram seus parceiros tratados simultaneamente durante a gravidez (CARVALHO et al, 2015), números de consultas de pré-natal inferior às sete preconizadas, ausência de diagnóstico no primeiro e terceiro trimestre da gravidez, demora dos laboratórios em entregar o resultado dos exames e falhas nos serviços em resgatarem gestantes que abandonaram o tratamento (LIMA et al, 2013).

É preciso destacar que na macrorregião de saúde Leste está a cidade Salvador, a qual detém a maior parte dos serviços de alta complexidade da Bahia, servindo de referência estadual, como exemplo das maternidades do Hospital Geral Roberto Santos e da José Maria de Magalhães Neto. Este fato contribui para que haja uma maior concentração dos casos de internamento de SC nesta macrorregião, e além disso, as cidades pactuadas com a capital fornecem verbas financeiras para que possam referenciar seus usuários e utilizarem dos serviços de saúde, o que também contribui para o valor gasto nos internamentos encontrados nesta macrorregião.

Os resultados obtidos neste estudo sobre a taxa de incidência na Bahia, os quais evidenciam o aumento das taxas ano a ano, vão de encontro ao observado em outras cidades e estados do Brasil. A macrorregião Leste detém as maiores taxas de incidência, chegando a atingir até 5,59 em 2012, sendo que Região Nordeste do Brasil possui a maior incidência de SC do país, com 4,03 por mil NV, entre fevereiro de 2011 a outubro de 2012 (DOMINGUES et al, 2016). As altas taxas de incidência na Bahia revelam que a eliminação da SC está longe de ser alcançada, visto que o pacto firmado entre os países da América em 2014 visava reduzir os casos de SC para uma taxa de 0,5 casos por mil NV até 2015.

Segundo a diretoria de vigilância epidemiológica (DIVEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (2011), a incidência de SC na Bahia aumentou constantemente no decorrer dos anos, de 0,8 por mil NV em 2000, para até 1,8 por mil NV em 2010, revelando aumento de 125% na incidência. E, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador (2014), a taxa de

incidência de SC em Salvador foi crescente no período de 2003 a 2012, chegando a alcançar a taxa de 7,1 por 1.000 NV, sendo quase três vezes maior em relação ao ano de 2003. A taxa de cobertura da Saúde da Família em Salvador no ano de 2015 foi de 29,27 (DAB, 2016). Podemos inferir que as elevadas taxas de incidência em Salvador estão relacionadas com a baixa cobertura de Saúde da Família, conforme discutido no tópico sobre indicadores sensíveis a atenção primária em saúde.

Comparando a outros Estados do Brasil, em Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte, a incidência média anual foi de 1,1 por 1.000 NV, entretanto a cidade também apresentou dados crescentes de 2001 até 2008 (de 0,9 para 1,6) (LIMA et al, 2013), apresentando dados menores do que a Bahia. E, segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde (2015b), de 2012 para 2013, o estado Rio de Janeiro teve taxa de incidência por mil NV de 11,5, Sergipe 11,2, Alagoas 7,7, enquanto a Bahia teve taxa de 3,9.

Quando o tratamento com penicilina é utilizado de maneira correta, é possível prevenir até 97% dos casos da transmissão vertical da sífilis (DOMINGUES et al, 2016). Estudos apontam que a detecção e o tratamento da sífilis está disponível a baixo custo ou de forma gratuita através do SUS e é efetivo (LIMA, 2004; CARVALHO et al, 2015; BRASIL, 2015), sendo que o custo-benefício do rastreamento e tratamento é positivo, considerando que gasta-se em torno de US\$200,000 com um caso de SC, enquanto um teste de sífilis custa US\$6 e o tratamento custa US\$10 (LIMA, 2004).

Decerto, os governos municipais e estadual da Bahia poderiam economizar bastante dinheiro dos cofres públicos se a SC fosse evitada por meio do tratamento das gestantes infectadas com sífilis. O tratamento deste agravo é de baixíssimo custo, em contrapartida o internamento por SC demanda altos investimentos. A Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI custa R\$ 8,28, sendo necessário até três doses para cada esquema de tratamento, o que totalizaria um gasto de R\$24,84 (BRASIL, 2016). De forma mais clara, a cidade Mutuípe da macrorregião Leste obteve um caso notificado de SC e um gasto de R\$5.045,97 no ano de 2015, caso a gestante tivesse sido tratada adequadamente e o internamento do RN não fosse necessário, esta cidade poderia ter economizado uma quantia de R\$ 5.021,13.

A penicilina está em falta no Brasil tanto no setor privado como no público. A falta do medicamento está sendo causada pela escassez da matéria-prima e contribui para o aumento dos casos de SC, visto que existem outras drogas que são utilizadas no tratamento da sífilis como segunda escolha, mas não possuem eficácia comprovada (G1, 2015)

A transmissão vertical da sífilis pode culminar em abortamentos, prematuridade e natimortalidade, sendo que quando a infecção do feto ocorre, essas consequências acontecem em até 40% dos casos (CAMPOS et al., 2010). Domingues et al (2016) ainda confirmam que os óbitos e a elevada proporção de internações em RN que tiveram diagnóstico de SC chegam a ser até seis vezes superior em relação aos casos de RN que não tiveram mães infectadas por sífilis.

Apesar da cidade Salvador ter maiores números de dias de permanência das internações por SC, a sua média de dias de permanência não é a maior, mostrando que o tratamento realizado nas internações dessa cidade pode ser mais eficiente em relação a algumas outras cidade, a exemplo de São Miguel das Matas, que teve a média de 19 dias em 2015, enquanto Salvador teve média de 10 dias nesse mesmo ano.

Quanto maior a permanência nos internamentos, maior é o custo, pois além da redução da rotatividade dos leitos, que impedem que outros pacientes tenham acesso a assistência hospitalar, há também o risco de complicações por infecções hospitalares que podem ser decorrentes da própria internação, sendo necessário um investimento para outros tratamentos. Essas infecções podem acarretar em aumento no tempo de internação, no tempo de afastamento do trabalho e interferem diretamente nos índices de mortalidade da população acometida (RUFINO et.al., 2012).



## 6 CONCLUSÃO

Os dados encontrados nesse estudo revelam que a SC ainda não está em controle na Bahia, demonstrando taxas de incidência acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, o que demonstra fragilidade na assistência na rede de atenção básica da Bahia e a forte necessidade de reformulação das políticas de saúde e estratégicas que se referem ao combate e erradicação da SC.

Para que o controle da SC possa acontecer, é necessário que manejo adequado da sífilis na gestação ocorra durante a assistência pré-natal, por meio da qual é possível identificar precocemente a gestante infectada e oferecer um tratamento adequado à mesma. Portanto, os casos de SC dependem da capacidade de intervenção dos serviços da atenção básica, bem como da identificação e notificação dos casos de sífilis em gestantes, sendo que a elevada incidência de SC indica a presença de falhas na assistência prestada (DOMINGUES et.al., 2014), fato que justifica a macrorregião Leste possuir os maiores números de casos de internamentos por SC, visto que a mesma possui a menor cobertura de atenção básica da Bahia.

Além disso, os profissionais da atenção básica precisam ter maior participação no manejo da doença, sendo imprescindível que os mesmos estejam capacitados e atualizados, a fim de prestar uma assistência de melhor qualidade com condutas adequadas, envolvendo também estratégias para o tratamento das parcerias, a fim de que as gestantes não sejam reinfectadas, podendo desta forma, prevenir a SC e melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal (SILVA et al, 2014), além de reduzir os números das internações causadas por esse agravo evitável e por consequência, reduzir os custos dos cofres públicos, sabendo que o valor gasto no tratamento da sífilis em gestante é muito menor do que o investimento numa internação por SC.

Quanto à importância do adequado preenchimento das fichas de notificação, é preciso que haja educação permanente e sensibilização dos profissionais responsáveis por preencher e alimentar os sistemas de informações. É importante ratificar também que a interpretação e análise dos

dados pelos mesmos facilita o seu próprio processo de trabalho, no qual ele terá a possibilidade de exercer suas atividades dentro da realidade em que está inserido.

Por isso, é preconizado que os dados epidemiológicos subsidiem a análise, planejamento e tomada de decisões no que se refere as ações e estratégias de saúde de um determinado local. Para que isso ocorra de maneira efetiva, os sistemas de informações devem ser utilizados como uma ferramenta essencial na gestão de políticas públicas (KIND et al, 2013).

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. de F.; DOURADI, I. D.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil).** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 25, p.1337-1349, jun. 2009.
- ALMEIDA, M. F.; NOVAES, H. M. D.; ALENCAR, G. P.; RODRIGUES, L. C. **Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais.** *Rev. Bras. Epidemiol.*, vol. 5, n 1, 2002.
- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N. N.; PIZZOL, T. da S.. **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 28, p. 789-800, abr. 2012.
- ARAÚJO, C. L.; SHIMIZU, H. E. SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família.** *Rev Saúde Pública*, Brasília, v. 3, n. 46, p.86-479, 2012.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Sífilis.** Ano IV, n. 1, 2015
- BARRETO, J.H.S. **Diferenças raciais e a sua relação com a saúde.** *Revista Baiana de Saúde Pública.* v. 28 n. 2, p. 242-258 243 jul./dez. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, 2013a.
- BRASIL. **Dia Nacional de Combate à Sífilis: governo e sociedade civil juntos rumo à eliminação até 2015.** 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2012/dia-nacional-de-combate-sifilis-governo-e-sociedade-civil-juntos-rumo-eliminacao-ate-20>>. Acesso em 21 out. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico sífilis 2012.** Brasília - DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico sífilis 2015.** Brasília, 2015b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso.** Brasília - DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno.** Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.** Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459 de 24 de Junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília - DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009**: Uma análise da situação da saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Editora do Ministério da Saúde, 3ª edição Brasília, p. 104, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez**. jun, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Boletim Informativo da Unidade de Análises Estratégicas**. Ano I, n. 2, 2013.

BRASIL. **Portal da Saúde SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 20 maio, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Diretoria de Recursos Logísticos. **Ata de Registro de Preços nº007/016**. Brasília, 2016.

BRASILEIRO, CRISTINA et al. **Informe epidemiológico Sífilis 2013**. Bahia, 2013.

CAMPOS, A.L.A.; ARAUJO, M.A.L.; MELO, S.P.; GONÇALVES, M.L.C. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil**: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 26, p. 1747-1755, set. 2010.

CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; GONÇALVES, M.L.C. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil**: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(9):1747-1755, set, 2010.

CARDOSO, L.S.M.; MENDES, L.L.; MELENDEZ, G.V. **Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil**: estudo transversal de base populacional. *Rev Min Enferm*.17(1): 85-92, jan/mar, 2013.

CARVALHO, P.M.G; VIEIRA, I.A.; OLIVEIRA, N.E.C.; ALMEIDA, T.S. **Casos de sífilis congênita em uma maternidade pública no estado do Piauí**. *R. Interd.* v.8, n.4, p.82-92, out.nov.dez, Teresina, 2015.

COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; SOUSA, D.M.N.; OLIVEIRA, L.L.; CHAGAS, A.C.M.A.; LOPES, M.V.O.; DAMASCENO, A.K.C. **Sífilis congênita no Ceará**: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP*. 47(1):152-9. 2013.

COSTA, M. C.; DEMARCH, E. B.; AZULAY, D. R.; PERISSE, A. R. S.; DIAS, M. F. R. G.; NERY, J. A. da C. N. **Doenças sexualmente transmissíveis na**

**gestação:** uma síntese de particularidades. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, v. 6, n.85, p. 767-85, 2010.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Comitê da OPAS vai reconhecer países que eliminarem a transmissão vertical da sífilis e do HIV.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2014/comite-da-opas-vai-reconhecer-paises-que-eliminarem-transmissao-vertical-da-sifilis-e-d>>.

Acesso em: 20 out. 2014.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (DIVEP)/SESAB. Programa Estadual de DST e Aids. **Informe epidemiológico.** 2011.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis:** dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(6), jun, 2016.

FERNANDES, V.B.L., CALDEIRA, A.P.C.; FARIA, A.A.; NETO, J.F.R. **Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família.** *Rev Saúde Pública*, v. 6, n. 43, p. 36-928, 2009.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de Epidemiologia.** 2 ed. Barueri-SP: Editora Manole, 2011.

G1. **Falta de penicilina benzatina, que trata sífilis, preocupa médicos no Brasil.** São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/06/falta-de-penicilina-benzatina-que-trata-sifilis-preocupa-medicos-no-brasil.html>>. Acesso em: 27 de ago, 2016.

GALATORIE, P. S. A.; ROSSO, J. A.; SAKAE, T. M. **Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009.** *Arq. Catarin. Med.*, v. 2, n. 41, p. 26-32, 2012.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Boletim epidemiológico DST/AIDS e hepatites virais:** 2014. Rio de Janeiro, 2014.

GUEDES, T. A.; MARTINS, A. B. T.; ACORSI, C. R. L.; JANEIRO, V. **Estatística Descritiva.** Disponível em: <[http://www.ime.usp.br/~rvicente/Guedes\\_etal\\_Estatistica\\_Descritiva.pdf](http://www.ime.usp.br/~rvicente/Guedes_etal_Estatistica_Descritiva.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos sociodemográficos e análises espaciais referentes aos municípios com a existência de comunidades remanescentes de quilombos.** Rio de Janeiro, ago. 2007.

JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Sífilis Congênita (Reunião Internacional de Especialistas).** Vol. 6. nº 1, 22-24, março, 1994.

KIND, L. ORSINI, M.L.P. NEPOMUCENO, V. GONÇALVES, L. SOUZA, G.A. FERREIRA, M.F.F. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013.

LIMA, B.G.C.L. **Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador**. Revista Baiana de Saúde Pública.v.28, n.1, p.9-18, Salvador, jan/jun, 2004.

LIMA, M.G.; SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A.; RIBEIRO, G.S. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(2):499-506, 2013.

LORENZI, D. R. S. MADI, J. M. **Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal**. RBGO - v. 23, nº 10, 2001.

LUZ, T.C.B., PEDROSA, M.L. **A subnotificação de casos de doenças sexualmente transmissíveis: a situação do estado do Rio de Janeiro**. DST – J.Bras Doenças Sex Transm 17(2): 111-116. Rio de Janeiro, 2005.

MAGALHÃES, D. M. dos S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. de M. P.. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n.29, p. 1109-1120, jun. 2013.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. S. **Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador - Bahia**. Acta Paul Enferm, v.3, n.20, p.311-5, 2007.

NEDEL, F. B.; FACCHINIL, L. A.; MATEO, M. M.; VIEIRA L. A. S.; THUMÉ, E. **Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS)**. Rev Saúde Pública, v. 6, n. 42, p.1041-52, 2008.

NETO, E. T. dos S.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. de C. D. **Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Saúde Soc. São Paulo, v. 17, n. 2, p.107-119, 2008.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo, março, 2007.

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E.. **Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 4, n. 8, p. 401-410, out./dez. 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. Brasília, p. 170-171, 2008.

REIS, Z. S. N.; PEREIRA, A. C.; CORREIA, R. J. C.; FREITAS, A. S.; CABRAL, A. C. V.; BERNARDES, J.. **Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet., v. 9, n. 33, p.234-9, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. Atlas, 3ª, São Paulo, 3ª edição, 1999.

ROMANELLI, R.M.C.; CARELLOS, E.V.M.; CAMPOS, F.A.; PINTO, A.S.P.; MARQUES, B.A.; ANCHIETA, L.M.; ANDRADE, G.M.Q. **Abordagem neonatal nas infecções congênitas – toxoplasmose e sífilis**. Revista Médica de Minas Gerais, v. 2, n. 24, p. 202-215, 2014.

RUFINO, G.P.; GURGE, M.G.; PONTES, T.C.; FREIRE, E. **Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica**. Rev Bras Clin Med. 10(4):291-7. São Paulo, 2012.

SAAB, F.. **Prevalência de sífilis que abortaram atendidas pelo programa de proteção à gestante -PPG do estado de Sergipe, de 2005 à 2007**. Brasília-DF, 2009.

SANTOS, H. G.; ANDRADE, S. M.; BIROLIM, M. M.; CARVALHO, O. de C.; SILVA, A. M. R. **Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, n. 2, v. 32, p.131-43, 2010.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. **Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):490-496, março, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. Prefeitura de Salvador. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Salvador, 2014.

SILVA, D. A.; ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, R.M.; ANDRADE, R.F.V.; MOURA, H.J.; ESTEVES, A.B.B. **Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza**. Texto Contexto Enferm, 23(2): 278-85. Florianópolis, Abr-Jun, 2014.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. de S. **Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 1, n. 19, pp. 51-60, jan./mar. 2010.

TANAKA, OSWALDO Y.; MELO, CRISTINA. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001. 88p.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T.; COSTA, J. V.; BASTOS, M. H.; LEAL, M. do C. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014.

## APÊNDICE A

**Tabela 20:** Internamentos por sífilis congênita nos municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

MUNICÍPIOS	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amargosa	0	0	0	0	3	2,8	0	0	6	2,7	3	0,9	2	0,5	4	1
Aratuípe	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	2	0,5
Cachoeira	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Camaçari	1	1,1	0	0	0	0	1	0,7	2	0,9	1	0,3	1	0,3	3	0,8
Candeias	0	0	1	1,1	3	2,8	5	3,3	6	2,7	1	0,3	4	1	1	0,3
Castro Alves	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	1	0,3	5	1,3	5	1,3
Conceição da Feira	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Conde	0	0	0	0	1	0,9	0	0	2	0,9	0	0	1	0,3	1	0,3
Cruz das Almas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	4	1	0	0
Dias d'Ávila	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dom Macedo Costa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	1	0,3
Elísio Medrado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	0	0
Itaparica	0	0	0	0	0	0	1	0,7	1	0,5	5	1,5	3	0,8	1	0,3
Itatim	0	0	0	0	1	0,9	1	0,7	0	0	2	0,6	1	0,3	1	0,3
Jaguaripe	0	0	0	0	0	0	1	0,7	2	0,9	0	0	1	0,3	0	0
Jiquiriçá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Laje	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	3	0,8
Lauro de Freitas	2	2,1	1	1,1	0	0	1	0,7	4	1,8	7	2,1	11	2,8	14	3,5
Madre de Deus	0	0	2	2,3	0	0	2	1,3	3	1,4	3	0,9	0	0	1	0,3
Maragogipe	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Mata de São João	0	0	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Milagres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	0	0
Muniz Ferreira	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muritiba	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9	0	0	1	0,3	0	0
Mutuípe	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	1	0,3	1	0,3



Nazaré	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	2	0,6	2	0,5	2	0,5
Pojuca	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Presidente Tancredo Neves	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	3	0,8
Salinas da Margarida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	1	0,3
Salvador	71	75	72	83	83	77	124	82	164	75	289	88	342	87	326	82
Santa Teresinha	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Amaro	0	0	0	0	2	1,9	0	0	0	0	1	0,3	1	0,3	0	0
Santo Antônio de Jesus	8	8,4	9	10	5	4,6	3	2	10	4,5	4	1,2	4	1	11	2,8
São Felipe	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Francisco do Conde	1	1,1	0	0	1	0,9	0	0	2	0,9	0	0	0	0	0	0
São Miguel das Matas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	1	0,3
São Sebastião do Passé	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Saubara	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	2	0,6	1	0,3	0	0
Simões Filho	9	9,5	1	1,1	2	1,9	2	1,3	2	0,9	4	1,2	3	0,8	7	1,8
Ubaíra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0
Varzedo	0	0	0	0	2	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Vera Cruz	1	1,1	0	0	0	0	4	2,6	8	3,6	2	0,6	2	0,5	7	1,8
TOTAL	95		87		108		151		220		330		394		400	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## APÊNDICE B

**Tabela 21:** Dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por município da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amargosa	0	0	45	0	70	20	20	45
Aratuípe	0	0	0	0	11	0	0	22
Cachoeira	0	0	0	11	0	0	0	0
Camaçari	4	0	0	11	19	10	11	20
Candeias	0	8	20	28	35	4	21	10
Castro Alves	0	0	0	11	0	3	13	21
Conceição da Feira	0	0	0	13	0	0	0	0
Conde	0	0	11	0	19	0	7	9
Cruz das Almas	0	0	0	0	11	0	38	0
Dias D'ávila	5	0	0	0	0	0	0	0
Dom Macedo Costa	0	0	0	0	10	0	0	10
Elísio Medrado	0	0	0	0	11	0	0	0
Itaparica	0	0	0	7	1	31	35	11
Itatim	0	0	14	11	0	18	9	12
Jaguaripe	0	0	0	11	15	0	13	0
Jiquiriçá	0	0	0	0	11	14	11	10
Laje	0	0	0	0	10	0	0	35
Lauro de Freitas	22	8	0	11	45	67	95	130
Madre de Deus	0	16	0	15	27	35	0	10
Maragogipe	0	0	0	11	0	0	0	10
Mata de São João	0	11	0	0	0	0	0	0
Milagres	0	0	0	0	0	12	0	0
Muniz Ferreira	0	0	11	0	0	0	0	0
Muritiba	0	0	0	0	20	0	13	0
Mutuípe	0	0	11	0	0	0	11	10
Nazaré	0	0	0	10	0	17	24	21
Pojuca	0	0	16	0	0	0	0	0
Presidente Tancredo Neves	0	0	0	0	0	37	0	32
Salinas da Margarida	0	0	0	0	0	0	11	9
Salvador	766	767	880	1427	1888	3183	3488	3258
Santa Teresinha	0	0	10	0	0	0	0	0
Santo Amaro	0	0	20	0	0	11	12	0
Santo Antônio de Jesus	53	83	49	37	111	49	55	128
São Felipe	8	0	0	0	0	0	0	0
São Francisco do Conde	5	0	9	0	14	0	0	0
São Miguel das Matas	0	0	0	0	0	0	2	19
São Sebastião do Passé	0	0	5	0	0	0	0	17

Saubara	0	0	0	12	0	27	10	0
Simões filho	85	21	20	31	15	42	28	76
Ubaíra	0	0	0	0	0	0	12	0
Varzedo	0	0	20	0	0	0	0	11
Vera Cruz	-	-	-	-	3	-	-	58

---

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## APÊNDICE C

**Tabela 22:** Média de dias de permanência em internamentos por sífilis congênita, por município da macrorregião de saúde Leste da Bahia, de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amargosa	0	0	15	0	11,7	6,7	10	10
Aratuípe	0	0	0	0	11	0	0	11
Cachoeira	0	0	0	11	0	0	0	0
Camaçari	4	0	0	11	9,5	10	11	6,7
Candeias	0	8	6,7	5,6	5,8	4	5,3	10
Castro Alves	0	0	0	11	0	3	2,6	4,2
Conceição da Feira	0	0	0	13	0	0	0	0
Conde	0	0	11	0	9,5	0	7	4,2
Cruz das Almas	0	0	0	0	11	0	9,5	0
Dias D'ávila	5	0	0	0	0	0	0	0
Dom Macedo Costa	0	0	0	0	10	0	0	10
Elísio Medrado	0	0	0	0	11	0	0	0
Itaparica	0	0	0	7	1	6,2	11,7	11
Itatim	0	0	14	11	0	9	9	12
Jaguaripe	0	0	0	11	7,5	0	13	0
Jiquiriçá	0	0	0	0	11	14	11	10
Laje	0	0	0	0	10	0	0	11,7
Lauro de Freitas	11	8	0	11	11,3	9,6	8,6	9,3
Madre de Deus	0	8	0	7,5	9	11,7	0	10
Maragogipe	0	0	0	11	0	0	0	10
Mata de São João	0	11	0	0	0	0	0	0
Milagres	0	0	0	0	0	12	0	0
Muniz Ferreira	0	0	11	0	0	0	0	0
Muritiba	0	0	0	0	10	0	13	0
Mutuípe	0	0	11	0	0	0	11	10
Nazaré	0	0	0	10	0	8,5	12	10,5
Pojuca	0	0	16	0	0	0	0	0
Presidente Tancredo Neves	0	0	0	0	0	37	0	10,7
Salinas da Margarida	0	0	0	0	0	0	11	9
Salvador	10,8	10,7	10,6	11,5	11,5	11	10,2	10
Santa Teresinha	0	0	10	0	0	0	0	0
Santo Amaro	0	0	10	0	0	11	12	0
Santo Antônio de Jesus	6,6	9,2	9,8	12,3	11,1	12,3	13,8	11,6

São Felipe	8	0	0	0	0	0	0	0
São Francisco do Conde	5	0	9	0	7	0	0	0
São Miguel das Matas	0	0	0	0	0	0	2	19
São Sebastião do Passé	0	0	5	0	0	0	0	17
Saubara	0	0	0	12	0	13,5	10	0
Simões Filho	9,4	21	10	15,5	7,5	10,5	9,3	10,9
Ubaíra	0	0	0	0	0	0	12	0
Varzedo	0	0	10	0	0	0	0	11
Vera Cruz	5	0	0	9	7,9	11,5	10	8,3

---

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



Santo Amaro	0	0	0	0	2	1,85	0	0	0	0	1	0,15	1	0,25	0	0
Santo Antônio de Jesus	8	8,42	9	10,3	5	4,63	3	1,99	10	4,55	4	0,59	4	1,02	11	2,76
São Felipe	1	1,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Francisco do Conde	1	1,05	0	0	1	0,93	0	0	2	0,91	0	0	0	0	0	0
São Miguel das Matas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,25	1	0,25
São Sebastião do Passé	0	0	0	0	1	0,93	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,25
Saubara	0	0	0	0	0	0	1	0,66	0	0	2	0,3	1	0,25	0	0
Simões Filho	9	9,47	1	1,15	2	1,85	2	1,32	2	0,91	4	0,59	3	0,76	7	1,75
Ubaíra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,25	0	0
Varzedo	0	0	0	0	2	1,85	0	0	0	0	0	0			1	0,25
Vera Cruz	1	1,05	0	0	0	0	4	2,65	8	3,64	2	0,3	2	0,51	7	1,75
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>		<b>87</b>		<b>108</b>		<b>151</b>		<b>220</b>		<b>673</b>		<b>394</b>		<b>399</b>	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## APÊNDICE E

**Tabela 24:** Valor total de internamentos por sífilis congênita, em reais, por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)
Amargosa	0	0	1.136,31	0	2.104,62	936,31	677,54	1.367,14
Aratuípe	0	0	0	0	330,77	0	0	677,54
Cachoeira	0	0	0	346,77	0	0	0	0
Camaçari	273,85	0	0	258,77	525,54	258,77	338,77	808,51
Candeias	0	258,77	776,31	1.293,85	1.552,62	258,77	400,58	258,77
Castro Alves	0	0	0	258,77	0	258,77	1.301,85	1.461,85
Conceição da Feira	0	0	0	382,83	0	0	0	0
Conde Cruz das Almas	0	0	331,37	0	517,54	0	314,77	282,97
Dias d'Ávila	0	0	0	0	338,77	0	1171,08	0
Dom Macedo Costa	279,6	0	0	0	0	0	0	0
Elísio Medrado	0	0	0	0	330,77	0	0	322,77
Itaparica	0	0	0	258,77	322,77	0	0	0
Itatim	0	0	298,89	370,97	258,77	1.293,85	776,31	353,12
Jaguaripe	0	0	0	330,77	0	517,54	258,77	282,97
Jiquiriçá	0	0	0	0	517,54	0	374,83	0
Laje	0	0	0	0	346,77	2.126,57	388,8	338,77
Lauro de Freitas	0	0	0	0	338,77	0	0	1.100,49
Madre de Deus	629,86	258,77	0	258,77	1.259,68	1.875,59	3.478,67	4.375,52
Maragogipe	0	517,54	0	517,54	776,31	864,55	0	258,77
Mata de São João	0	0	0	258,77	0	0	0	338,77
Milagres	0	258,77	0	0	0	0	0	0
Muniz Ferreira	0	0	0	0	0	330,77	0	0
Muritiba	0	0	330,77	0	0	0	0	0
Mutuípe	0	0	0	0	676,52	0	362,77	0
Nazaré	0	0	322,77	0	0	0	330,77	5.045,97
Pojuca	0	0	0	338,77	0	597,54	685,54	653,54
Presidente Tancredo Neves	0	0	389,2	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	1.319,07	0	976,31



Salinas da Margarida	0	0	0	0	0	0	392,97	330,77
Salvador	21.836,63	39.060,68	30.973,98	79.519,16	71.722,76	117.947,5	149.555,6	128.535,2
Santa Teresinha	0	0	338,77	0	0	0	0	0
Santo Amaro	0	0	517,54	0	0	258,77	399,91	0
Santo Antônio de Jesus	2.236,8	2.856,93	1.637,85	1.072,43	3.343,88	1.399,26	1.559,5	4.083,49
São Felipe	279,6	0	0	0	0	0	0	0
São Francisco do Conde	279,6	0	354,97	0	537,6	0	0	0
São Miguel das Matas	0	0	0	0	0	0	258,77	535,19
São Sebastião do Passé	0	0	258,77	0	0	0	0	559,21
Saubara	0	0	0	258,77	0	537,6	338,77	0
Simões Filho	2.652,4	0	517,54	670,8	517,54	1.065,63	920,31	1.961,49
Ubaíra	0	0	0	0	0	0	330,77	0
Varzedo	0	0	589,54	0	0	0	0	330,77
Vera Cruz	239,6	0	0	1.155,28	7.336,08	517,54	517,54	1.891,39
<b>TOTAL</b>	<b>28.707,94</b>	<b>43.211,46</b>	<b>38.774,58</b>	<b>87.551,79</b>	<b>93.655,62</b>	<b>132.364,36</b>	<b>165.135,22</b>	<b>157.131,29</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## APÊNDICE F

**Tabela 25:** Valor médio de internamentos por sífilis congênita, em reais, por municípios da macrorregião de saúde Leste da Bahia, nos anos de 2008 a 2015

MUNICÍPIO	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)
Amargosa	...	...	378,77	...	350,77	312,1	338,77	341,78
Aratuípe	...	...	...	...	330,77	...	...	338,77
Cachoeira	...	...	...	346,77	...	...	...	...
Camaçari	273,85	...	...	258,77	262,77	258,77	338,77	269,5
Candeias	...	258,77	258,77	258,77	258,77	258,77	100,14	258,77
Castro Alves	...	...	...	258,77	...	258,77	260,37	292,37
Conceição da Feira	...	...	...	382,83	...	...	...	...
Conde	...	...	331,37	...	258,77	...	314,77	282,97
Cruz das Almas	...	...	...	...	338,77	...	292,77	...
Dias d'Ávila	279,6	...	...	...	...	...	...	...
Dom Macedo Costa	...	...	...	...	330,77	...	...	322,77
Elísio Medrado	...	...	...	...	322,77	...	...	...
Itaparica	...	...	...	258,77	258,77	258,77	258,77	353,12
Itatim	...	...	298,89	370,97	...	258,77	258,77	282,97
Jaguaripe	...	...	...	330,77	258,77	...	374,83	...
Jiquiriçá	...	...	...	...	346,77	2126,57	388,8	338,77
Laje	...	...	...	...	338,77	...	...	366,83
Lauro de Freitas	314,93	258,77	...	258,77	314,92	267,94	316,24	312,54
Madre de Deus	...	258,77	...	258,77	258,77	288,18	...	258,77
Maragogipe	...	...	...	258,77	...	...	...	338,77
Mata de São João	...	258,77	...	...	...	...	...	...
Milagres	...	...	...	...	...	330,77	...	...
Muniz Ferreira	...	...	330,77	...	...	...	...	...
Muritiba	...	...	...	...	338,26	...	362,77	...
Mutuípe	...	...	322,77	...	...	...	330,77	5.045,97
Nazaré	...	...	...	338,77	...	298,77	342,77	326,77
Pojuca	...	...	389,2	...	...	...	...	...
Presidente Tancredo Neves	...	...	...	...	...	1.319,07	...	325,44
Salinas da Margarida	...	...	...	...	...	...	392,97	330,77
Salvador	307,56	542,51	373,18	641,28	437,33	408,12	437,3	394,28
Santa Teresinha	...	...	338,77	...	...	...	...	...

Santo Amaro	...	...	258,77	...	...	258,77	399,91	...
Santo Antônio de Jesus	279,6	317,44	327,57	357,48	334,39	349,81	389,88	371,23
São Felipe	279,6	...	...	...	...	...	...	...
São Francisco do Conde	279,6	...	354,97	...	268,8	...	...	...
São Miguel das Matas	...	...	...	...	...	...	258,77	535,19
São Sebastião do Passé	...	...	258,77	...	...	...	...	559,21
Saubara	...	...	...	258,77	...	268,8	338,77	...
Simões Filho	294,71	538,7	258,77	335,4	258,77	266,41	306,77	280,21
Ubaíra	...	...	...	...	...	...	330,77	...
Varzedo	...	...	294,77	...	...	...	...	330,77
Vera Cruz	239,6	...	...	288,82	917,01	258,77	258,77	270,2
<b>Total</b>	<b>302,19</b>	<b>502,88</b>	<b>359,02</b>	<b>579,81</b>	<b>425,71</b>	<b>401,1</b>	<b>419,12</b>	<b>392,83</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)