Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Sífilis gestacional em municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013"

por

Jorge Eduardo de Souza Calás

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Lourenço Tavares de Andrade

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, abril de 2015.

Esta dissertação, intitulada

"Sífilis gestacional em municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013"

apresentada por

Jorge Eduardo de Souza Calás

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Jorge Ronaldo Moll

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Prof.ª Dr.ª Carla Lourenço Tavares de Andrade – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 30 de abril de 2015.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C143 Calás, Jorge Eduardo de Souza.
Sífilis gestacional em municípios selecionados da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013. / Jorge Eduardo de Souza Calás. -- 2015.
viii,66 f. : ilus.; mapas; tab.; graf.

Orientador: Carla Lourenço Tavares de Andrade
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Sífilis Congênita - transmissão. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Parto Humanizado. 4. Notificação de Doenças. 5. Política de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.5472098153

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, considerada um problema de saúde pública e que ao acometer a gestação, o seu agente etiológico atravessa a barreira placentária, trazendo graves consequências ao feto. O estudo propôs realizar uma análise sobre sífilis em gestantes nos municípios, que pertencem a Baixada Fluminense e integram a região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2013. Também do atendimento prestado às pacientes com sífilis gestacional, no período de 2013, no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe, tendo como referência as diretrizes do Ministério da Saúde. A população do estudo foi representada por todas as gestantes residentes nos municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, com diagnóstico e notificação de sífilis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e, das gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe – Mesquita. No período de 2011 a 2013 foram notificados no SINAN 1732 casos de sífilis gestacional. A taxa de prevalência para a sífilis em gestante na região do estudo situa se em 1,07%. A maior frequência de gestantes com sífilis está na faixa etária de 20 a 24 anos (33,7%), devendo ressaltar um aumento observado, no grupo que compreende as adolescentes (30,3%), com ensino fundamental incompleto (20%) e que se auto declaram pardas (42%). No tocante ao diagnóstico, a maioria teve acesso ao exame para diagnóstico (87,5%). Este diagnóstico foi realizado em sua maioria no último trimestre da gestação (46,2%), e na fase primária (27,5%). O tratamento realizado a gestante ocorreu com penicilina benzatina em 83,1% dos casos e em 9,8 % não houve tratamento ou a droga utilizada não era a penicilina benzatina. Quanto as variáveis relacionadas ao tratamento do parceiro, pode-se observar que 14,4% receberam tratamento, e em 11,2% foram concomitantes ao tratamento da gestante. Importante mencionar, que em algumas variáveis (escolaridade, classificação clínica, tratamento do parceiro, tratamento do parceiro concomitante a gestante) o maior percentual encontrado correspondia aos casos ignorados, dificultando uma melhor análise dessas variáveis. Em relação à análise dos 36 casos de sífilis gestacional atendidos no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe – Mesquita, no período de 2013, encaminhadas pelas secretarias municipais de saúde da região, foi observado um predomínio das que se auto declaram pardas (42,9%), na faixa etária de 20-24 anos (38,9%), solteiras (66,7%), com ensino fundamental incompleto (30,6%). Na unidade o acesso aos exames para diagnóstico (teste não treponêmico e treponêmico) ocorreu em 100% dos casos. O momento do diagnóstico ocorreu principalmente no 3º trimestre (38,9%) e nos pós-parto (19,4%) e quanto à fase clínica, por ausência dessa informação no prontuário, essa variável ficou prejudicada. Em relação ao tratamento da gestante foi observado, que 100% foram tratadas com penicilina benzatina, porém em 47,2% dos casos, esse tratamento não foi finalizado no período de 30 dias, que antecedem ao parto. Quanto ao tratamento realizado ao parceiro foi observado que em 69,4% dos casos estudados, essa informação não constava nos prontuários e apenas 12,9% dos parceiros receberam tratamento com penicilina benzatina. Observa-se a importância de realização de programas de capacitação aos profissionais de saúde envolvidos na assistência materno infantil, com a finalidade de melhorar as informações, para fins de vigilância epidemiológica, bem como qualificar a assistência pré-natal, propiciando um tratamento adequado às gestantes com diagnóstico de sífilis.

Palavras-chave: Sífilis congênita; transmissão; Rio de Janeiro

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease, considered a public health problem and that affect pregnancy, its etiologic agent crosses the placental barrier, bringing serious consequences to the fetus. The study proposed to perform an analysis of syphilis in pregnant women in the municipalities that belong to Baixada Fluminense and integrates the metropolitan region I of the State of Rio de Janeiro, in the period from 2011 to 2013. In addition, the service provided to patients with syphilis, gestational period of 2013, prenatal service Mother Hospital, with reference to the guidelines of the Ministry of Health. The population of the study was represented by all pregnant women residing in selected municipalities of the metropolitan region of Rio de Janeiro State, with diagnosis and reporting of syphilis in the information system of reportable diseases (SINAN) and of pregnant women with a diagnosis of gestational syphilis, met in the prenatal State Hospital service of mother – Mesquita. In the period from 2011 to 2013 were notified in 1732 gestational syphilis cases SINAN. The prevalence rate for syphilis in pregnant women in the area of study is located in 1.07. The higher frequency of pregnant women with syphilis are between the ages of 20 to 24 years (33.7), and emphasize an increase observed in the group comprising the adolescents (30.3), with incomplete elementary school (20) and that declare Browns (42). With regard to diagnosis, most had access to diagnostic exam (87.5). This diagnosis was made mostly in the last trimester of gestation (46.2), and primary stage (27.5). The treatment to pregnant women occurred with benzathine penicillin in 83.1 of cases and 9.8 no treatment or drug used was not benzathine penicillin. As treatment-related variables of the partner, it can be observed that 14.4 received treatment, and in concomitant treatment were 11.2 of the pregnant woman. Important to mention, that in some variables (education, clinical classification, treatment of the partner, the partner's concomitant treatment the woman) the highest percentage found corresponded to cases ignored, making a better analysis of these variables. In relation to the analysis of 36 cases of gestational syphilis antenatal service attended at the Hospital of the mother – Mesquita, during the period from 2013, forwarded by the municipal departments of health in the region, it was observed a predominance of that self declare Browns (42.9), between the ages of 20-24 years (38.9), single women (66.7), with incomplete elementary school (30.6). The unit access to diagnostic tests (test treponêmico and not treponêmico) occurred in 100 cases. The moment of diagnosis occurred mainly in Q3 (38.9) and postpartum (19.4) and regarding the clinical phase, by the absence of such information in the chart, this variable was impaired. In relation to the treatment of pregnant women was observed, that 100 were treated with benzathine penicillin, however in 47.2 of the cases, this treatment has not terminated during the period of 30 days, prior to the birth. As for treatment directed to the partner it was observed that in 69.4 of the cases studied, this information was not on the charts and only 12.9 partners received treatment with benzathine penicillin. Noted the importance of conducting training programs for health professionals involved in childcare, in order to improve the information, for purposes of epidemiological surveillance, as well as qualify the prenatal assistance, providing appropriate treatment to pregnant women with a diagnosis of syphilis.

Key words: Syphilis, Congenital; transmission; Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 1
INTRODUÇÃO 2
REVISÃO DA LITERATURA 6
A SÍFILIS E SUA HISTÓRIA 6
A SÍFILIS 7
Sífilis Adquirida 7
Diagnóstico Diferencial 10
Diagnóstico 10
Tratamento 13
A SÍFILIS NO PERÍODO GESTACIONAL 14
Tratamento e seguimento da Sífilis Gestacional 15
Sífilis Congênita 18
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL AO PARTO 18
PLANO NACIONAL DE SAÚDE 20
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO 23
REGIÃO DA BAIXADA FLUMINENSE 25
COMPLEXO REGIONAL DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER 27
Estrutura 28
Descrição dos Serviços 28
OBJETIVOS 31
GERAL 31
ESPECÍFICOS 31
MATERIAL E MÉTODOS 32
Tipo de estudo 32
Local da pesquisa 32
População 32
Fonte de informação 32
Variáveis a serem utilizadas 32
Análise dos dados 33
Considerações éticas 34
RESULTADOS 35
RESULTADOS DO SINAN 35
DISCUSSÃO 49
CONSIDERAÇÕES FINAIS 56
REFERÊNCIAS 60
ANEXO 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição percentual e taxa de prevalência (por cem nascidos vivos) dos casos de sífilis gestacional notificadas no SINAN por municípios de residência selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 35

Tabela 2: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por faixa etária, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 36

Tabela 3: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por raça/cor, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 36

Tabela 4: Distribuição de casos de sífilis em gestantes segundo grau de instrução, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 37

Tabela 5: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo a realização de pré-natal, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 38

Tabela 6: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo município de residência e de realização do pré-natal, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 38

Tabela 7: Distribuição de casos de sífilis gestacional com realização do teste não treponêmico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 39

Tabela 8: Distribuição de casos de sífilis gestacional com realização do teste treponêmico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 39

Tabela 9: Distribuição de casos de sífilis gestacional de acordo com o período gestacional de realização do diagnóstico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 40

Tabela 10: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por classificação clínica ou estadiamento clínico no momento do diagnóstico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 40

Tabela 11: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme esquema de tratamento realizado na gestante, notificadas no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 41

Tabela 12: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme esquema de tratamento prescrito ao parceiro, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13. 41

Tabela 13: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13..... 42

Tabela 14: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo estado civil, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 43

Tabela 15: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme faixa etária, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 44

Tabela 16: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme o grau de escolaridade, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 44

Tabela 17: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo raça/cor, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 44

Tabela 18: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo município de residência, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 45

Tabela 19: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo período gestacional de diagnóstico, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013..... 46

Tabela 20: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por classificação clínica ou estadiamento clínico no momento do diagnóstico, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 46

Tabela 21: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme esquema de tratamento prescrito à gestante, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 46

Tabela 22: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo término do esquema de tratamento completo prescrito à gestante antes de 30 dias do parto, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 47

Tabela 23: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme tratamento instituído ao parceiro, atendidos no ambulatório de pré-natal do Hospital da Mãe, 2013. 47

Tabela 24: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, atendidos no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013. 47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis gestacional e controle de cura. 16

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cancro duro 8

Figura 2: Exantema sifilítico 9

Figura 3: Lesão cutânea da sífilis terciária 10

Figura 4: Campanha de prevenção da sífilis congênita 20

Figura 5: Componentes do Programa Rede Cegonha 22

Figura 6: Divisão Político-administrativa em Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro 26

APRESENTAÇÃO

Há vários anos como médico e desenvolvendo minhas atividades como ginecologista e obstetra, ainda na época de acadêmico, não compreendia como uma patologia, que é de fácil diagnóstico e tratamento, acessível a maioria da população e não necessitando de tecnologias de última geração, pudesse causar grande impacto aos níveis hospitalar e social.

Neste período, quando acompanhava o médico responsável pela visita médica nas enfermarias, diversas vezes presenciei o "sofrimento das pacientes" ao serem informadas de que, ao invés de permanecerem na Unidade por dois dias, teriam sua permanência prolongada, para tratamento de seus recém-natos e delas próprias. O fato que me chamava atenção e preocupação é que grande parte destas pacientes tiveram acesso ao serviço de pré-natal.

Ao concluir a graduação e ter feito a minha especialização em ginecologia e obstetrícia no Hospital Geral de Nova Iguaçu, na Baixa Fluminense e ter permanecido por mais de 20 anos na Instituição, o quadro em nada se modificou.

Hoje, atuando como coordenador de maternidades das Unidades Próprias da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e tendo a oportunidade e responsabilidade de desenvolver, juntamente com outras áreas da Secretaria Estadual de Saúde, ações que possam minimizar uma doença, que é de fácil erradicação. A motivação para desenvolver esse trabalho surgiu da minha inquietude frente à sífilis gestacional e congênita, que apresentam números exorbitantes no Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) figuram entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo mundo, trazendo impactos diretos ao sistema de saúde e à população, com grandes repercussões sociais, econômicas e sanitárias (BRASIL, 2007a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que anualmente cerca de 340 milhões de novos casos de DST surgem no mundo. Deste quantitativo cerca de 12 milhões, correspondem à sífilis na população adulta, sendo que 90,0% deles concentrados nos países em desenvolvimento. Na América Latina e Caribe estes números estão em torno de 3 milhões de pessoas afetadas, apesar de ser uma doença, em que seja de amplo conhecimento geral as medidas de prevenções, com testes diagnósticos sensíveis e opções de tratamento eficazes e relativamente de baixo custo (GALBAN & BENZAKEN, 2007; OMS, 2008).

A sífilis é uma doença infecciosa, crônica, sistêmica desde o início, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, sujeita a períodos de agudização e períodos de latência, quando não tratada (ALMEIDA, 2009).

A sua transmissão poder ser via sexual ou vertical (mãe para o feto), recebendo respectivamente as denominações de sífilis adquirida e sífilis congênita. Existem outras formas de transmissão, através da transfusão sanguínea e ainda indiretamente por objetos contaminados e tatuagens, mas são menos comuns e de menor valor epidemiológico (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

O acometimento da paciente no período gestacional poderá desencadear infecção no feto (sífilis congênita) e como consequência, um aumento nos índices de morbimortalidade intrauterina, com possibilidade de sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

Calcula-se que anualmente dois milhões de mulheres grávidas sejam afetadas, resultando em aproximadamente 25,0% de natimortos ou abortos espontâneos, e outros 25,0% com recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção grave, essas duas situações estão associadas a um maior risco de morte perinatal. Contudo, ainda permanece a sífilis congênita com um grande número de casos subestimados (NEWMAN et al, 2013; MAGALHÃES et al, 2011).

No Brasil, as estimativas apontam que anualmente, cerca de 3 milhões de mulheres dão a luz. Considera-se que a prevalência da sífilis em gestantes esteja em torno de 1,4% a 2,8%, podendo comprometer o feto em 25,0% destas gestações (MAGALHÃES et al, 2013).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) estimou uma prevalência de 1,6% de sífilis na gestação, o que representa cerca de 50 mil gestantes infectadas, gerando em torno de 12 mil casos de nascimentos com diagnóstico de sífilis. Contudo, o que foi observado no registro do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) foram 5.710 casos novos de sífilis congênita e uma taxa de incidência 1,9 casos por mil nascidos vivos, deixando evidente a existência de um elevado número de subnotificações (BRASIL, 2007a).

Importante mencionar que dos casos registrados, 78,0% das mães haviam realizado pré-natal. O diagnóstico de sífilis em 56,0% delas foi realizado durante a gravidez e somente em 13,3% dos casos, os seus parceiros receberam o tratamento preconizado, etapa fundamental na estratégia de erradicação da sífilis congênita. A simples análise destes indicadores, sem considerar os demais, demonstra a baixa qualidade do pré-natal realizado no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde (gestores ou diretamente envolvidos no atendimento) têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado na mulher infectada e seu(s) parceiro(s) antes ou durante a gravidez, constituem ainda na melhor forma de prevenção da sífilis congênita. Uma forma utilizada para monitoramento da situação da doença é a notificação dos casos das gestantes diagnosticadas com sífilis, podendo se constituir em uma ferramenta para dimensionar a sua magnitude e orientar no planejamento e desenvolvimento de ações para prevenção da transmissão da mãe para o feto. Porém, permanece ainda como um grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica, o controle da infecção (BRASIL, 2007b; DONALISIO et al, 2007).

A ocorrência e a persistência da sífilis evidencia a existência de falhas nos serviços de saúde, particularmente no âmbito da atenção básica (SARACENI, 2007). Portanto, a assistência pré-natal prestada de forma inadequada é um dos principais fatores associados à persistência dos elevados índices de sífilis congênita (ARAUJO et al, 2006).

A partir das falhas detectadas na qualidade dessa assistência, os órgãos federais e estaduais de controle de DST desenvolveram programas específicos ao longo dos anos, para a eliminação da sífilis congênita, que em decorrência da inexistência de disciplina e cobrança dessas ações programáticas, não produziram os resultados esperados, até o presente momento (DUARTE, 2012). Um programa lançado recentemente, pelo governo federal, que tem a erradicação da sífilis, como um de seus objetivos, envolve a implantação da Rede Cegonha em todo território nacional, programa esse que compõe uma das 14 diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012 a 2015 (BRASIL, 2011).

Os números de casos encontrados são elevados e necessitam de ações, que realmente possam erradicar a doença. Ao verificar os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2011, a taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil foi de 3,3 casos por 1000 nascidos vivos. As Regiões Nordeste, com 3,8 e a Sudeste, com 3,6 apresentaram as maiores taxas nesse ano. O Estado do Rio de Janeiro apresentou uma taxa de incidência de 9,8 por 1000 nascidos vivos, sendo a Unidade Federativa de maior incidência no Brasil (BRASIL, 2012).

No Estado do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2011 foram notificados 17.428 casos de sífilis congênita. O município do Rio de Janeiro foi o que apresentou a maior taxa de incidência registrada, entre os demais municípios, com 17 casos em cada mil nascidos vivos em 2011. No mesmo período, a Baixada Fluminense registrou 3.812 casos da doença, seguida da Região Metropolitana II (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá), com 1.440 notificações. Embora os números demonstrem uma maior concentração de casos na capital (32,3%), o aumento mais expressivo ocorreu nessas duas regiões, com crescimento de 50,2% e 85,1%, respectivamente (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Essas taxas encontradas estão muito acima das estipuladas pelo Ministério da Saúde, pois no ano de 1995, o Brasil, juntamente com outros países da América Latina e Caribe, através da Resolução CE 116.R3 da Organização Pan-Americana de Saúde, construíram um plano de ação para erradicação da sífilis congênita. O compromisso assumido foi de atingir a meta de até um caso de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos, até o ano 2000 (BRASIL, 2006a).

Os números descritos demonstram a magnitude da sífilis no período gestacional e, sobretudo no acometimento ao concepto (sífilis congênita), tornando um grande problema

de saúde pública no Brasil e no estado do Rio de Janeiro. A grande dificuldade encontrada é de que sua ocorrência não apresenta uma distribuição uniforme, com a presença de importantes desigualdades socioeconômicas e geográficas, trazendo dificuldades no acesso e na qualidade da prestação dos serviços de saúde. Portanto, para mudar esse cenário, torna se imprescindível, que em sua abordagem sejam estabelecidas estratégias variadas.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) vem realizando algumas ações com este objetivo, como a adesão em todo estado ao programa da Rede Cegonha, incluindo a Região da Baixada Fluminense, através da deliberação CIB nº 1.377 e 1.376 de 08 de Novembro de 2012 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2011). Ainda no ano de 2012, implantou no município de Mesquita (Baixada Fluminense) uma Unidade Materno-Infantil denominada Hospital Estadual da Mãe. Esta Unidade apresenta uma proposta diferenciada no atendimento materno-infantil e tem como público alvo, as pacientes oriundas dos municípios da Baixada Fluminense, que estão inseridos na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.

Em decorrência dos fatos expostos, esta dissertação tem como proposta analisar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional nos municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de prover os gestores e profissionais de saúde de informações, que possam servir de ferramentas para implementação de políticas de saúde, para melhoria da qualidade da assistência pré-natal e a eliminação da sífilis congênita.

REVISÃO DA LITERATURA

A SÍFILIS E SUA HISTÓRIA

Quanto à origem da sífilis, ainda persistem dúvidas, não existindo um consenso na literatura. Uma das teorias faz referência, ao fato de ter sido disseminada na Europa, após ser trazida pelos marinheiros de Cristóvão Colombo, ao regressarem da América, onde era endêmica (Teoria do Novo Mundo). A outra teoria defende que a doença, já existia na Europa e a partir de mutações ocorridas em seu agente etiológico (treponema), o tornou mais virulento e de transmissão sexual. A partir desse momento, ocasionou muitas epidemias, como a ocorrida no final do século XV, em Nápoles (Teoria do Velho Mundo). A partir desse momento, tornou se conhecida e motivo de muitas preocupações (NETO et al, 2009). Em razão da inexistência de tratamento na época, restava aos doentes apenas orações para sua "cura" e São Dinis tornou-se o padroeiro dos sifilíticos (REZENDE, 2012).

Por ser uma doença estigmatizante, ao longo de sua história, recebeu diversas denominações, sempre atribuindo ao seu inimigo a responsabilidade de sua origem, por isso os diversos termos utilizados na época, tais como: Mal de Nápoles, Mal Francês, Mal Polonês, Mal Germânico, etc (NETO et al, 2009). O termo sífilis teve a sua primeira referência, em um poema publicado em 1530, escrito pelo médico italiano Francastorius – *Syphilis sive morbuns gallicus* (REZENDE, 2012). Contudo, o termo sífilis compreendido como um quadro patológico teve início somente no final do século XVIII (MAGALHÃES et al, 2011).

O agente etiológico da sífilis, o *Treponema pallidum* teve a sua descoberta, a partir dos estudos realizados por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman, em 03 de março de 1905, na Alemanha, durante análise de material obtido da lesão vulvar de uma paciente, com lesão secundária. No início recebeu a denominação de *Spirochaeta pallida*, pela pouca afinidade com corantes, porém em 14 de outubro de 1905, Schaudinn propôs a denominação de *Treponema pallidum* (SOUZA, 2005).

O primeiro exame de sangue utilizado para o seu diagnóstico foi realizado por August Paul Von Wasserman em 1906, introduzindo a técnica de fixação de complemento, onde utilizou como antígeno o extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis (SARACENI, 2003).

Apesar da identificação do agente etiológico e da possibilidade do diagnóstico, ainda era ineficaz o tratamento da sífilis durante este período, pois eram utilizados medicamentos, principalmente a base de mercúrio e arsênio, que eram temidos em função de suas altas toxicidades. Somente a partir de 1943, com a utilização da penicilina, descoberta em 1928, pelo bacteriologista britânico Alexander Fleming, que o tratamento passou a ser eficaz (VALDERRAMA, 2004).

A SÍFILIS

A sífilis ou lues é uma doença infecciosa, de evolução crônica, que clinicamente pode apresentar fases com manifestações clínicas e fases sem apresentação de qualquer sintomatologia, acometendo praticamente todos os órgãos e sistemas, evoluindo com complicações graves, quando não tratada ou tratada de forma inadequada. Apresenta uma importância significativa, entre os problemas mais comuns de saúde pública (BRASIL, 2005b; CAVALCANTE et al, 2012).

Tem como agente etiológico uma bactéria espiroqueta de alta patogenicidade, o *Treponema pallidum*, em que seu único hospedeiro é a espécie humana, transmitido predominantemente pela via sexual ou pela via transplacentária, sendo classificada de acordo com seu modo de transmissão, respectivamente em sífilis adquirida e sífilis congênita. Existem outras formas de transmissão, menos frequentes e, portanto sem grandes interesses epidemiológicos, que são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sanguínea (AVELLEIRA & BOTINO, 2006).

Sífilis Adquirida

A penetração *Treponema pallidum* ocorre durante a relação sexual nas mucosas, e após um período de incubação em torno de 3 semanas (variando de 3 a 90 dias), tem início seu quadro clínico. Estes se caracterizam por estágios ou fases com e sem manifestações clínicas. Considerando as manifestações clínicas são classificadas em: sífilis primária, secundária e terciária e o estágio sem manifestação clínica de sífilis latente (AVELLEIRA & BOTINO, 2006; CUNNINGHAM, 2012).

- ✓ **Sífilis Primária**

Esta fase tem início após o período de incubação, que pode variar de 3 a 90 dias (em média 21). No local da inoculação surge uma lesão infectada, geralmente única, de fundo limpo e indolor, rica em treponemas denominada de cancro duro (Figura 1). No homem a sua localização mais comum é na glande e sulco bálano-prepucial e na mulher nos pequenos lábios, na mucosa vaginal e colo uterino, nas duas últimas localizações podem passar despercebidas, se não ocorrer um exame clínico adequado (COSTA et al, 2010).

Figura 1: Cancro duro

Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia

- ✓ **Sífilis Secundária**

As manifestações clínicas, geralmente tem início entre quatro e oito semanas, após a lesão primária. É caracterizada pela presença das manifestações sistêmicas, quando não tratada e se caracterizam por: erupção cutaneomucosa generalizada, denominada de exantema sifilítico (Figura 2), adenopatias generalizadas, alopecia, condiloma plano, hepatoesplenomegalia, febre, mialgia, cefaleia. Esta fase tem a duração de 2 a 6 semanas e é seguida de uma fase latente de muitos anos, durante os quais não há manifestações clínicas (OLIVEIRA et al, 2007; CUNNINGHAM, 2012).

Figura 2: Exantema sifilítico

Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia

- ✓ **Sífilis Latente**

A sífilis latente, ou seja, aquela que não apresenta manifestações clínicas, geralmente é subclinica e se divide em: precoce e tardia. A fase latente precoce compreende o período de início do desaparecimento dos sintomas da sífilis secundária até o final do primeiro ano da doença. A doença assintomática com mais de um ano de evolução é denominada de fase latente tardia, que ao não ser diagnostica e tratada, levará ao longo do tempo a acometer diversos órgãos e sistemas, dando origem a sífilis terciária (SARACENI, 2005). O diagnóstico é realizado exclusivamente através de testes sorológicos (DONALISIO et al, 2007).

- ✓ **Sífilis Terciária**

Apesar de serem raras nos dias atuais, geralmente, surgem vários anos ou décadas depois da infecção, portanto raras em mulheres em idade fértil (CUNNINGHAM, 2012) e as manifestações clínicas mais frequentes são: lesões cutaneomucosas, representados pelos tubérculos ou gomas (figura 3); comprometimento neurológico, como o tabes dorsalis e demência; comprometimento cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico e comprometimento articular (artropatia de Charcot) (BRASIL, 2007b). Estas manifestações surgem em aproximadamente 25,0% dos pacientes, que nas fases anteriores não receberam tratamento (ROSA et al, 2007).

Figura 3: Lesão cutânea da sífilis terciária

Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia

De acordo com o tempo de evolução podem ainda ser classificadas em: sífilis adquirida recente (com menos de um ano de evolução) e, portanto compreendem a sífilis primária, secundária e latente recente e a sífilis adquirida tardia (com mais de um ano de evolução) compreendendo a sífilis latente tardia e terciária.

Diagnóstico Diferencial

Os principais diagnósticos são:

Sífilis primária: cancro mole; herpes genital; donovanose; linfogranuloma venéreo. Sífilis secundária: farmacodermias; doenças exantemáticas não vesiculosas (sarampo, rubéola); hanseníase virchowiana; colagenoses (BRASIL, 2006b).

Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis pode ser clínico, epidemiológico e laboratorial. O clínico e epidemiológico são baseados na história da doença (anamnese) e nas manifestações clínicas apresentadas (exame clínico). O diagnóstico laboratorial é realizado utilizando técnicas diferenciadas e está diretamente relacionada a fase clínica da infecção. Podendo ser realizada empregando técnicas para pesquisa direta do espiroqueta ou de seus componentes (provas diretas) e pelos testes sorológicos, que irão detectar anticorpos produzidos em resposta a presença da infecção (provas indiretas) (BRASIL, 2006b).

Pesquisa direta do *Treponema pallidum*

Estes exames são indicados, quando da presença de material de lesão ulcerada suspeita (sífilis primária), podendo também ser positiva para material do condiloma plano e das placas mucosas da fase secundária (prova direta). Podem ser realizados utilizando as seguintes técnicas:

- ✓ **Exame a fresco com microscopia em campo escuro**

O diagnóstico de certeza é realizado, a partir do momento, em que o espiroqueta é identificado. Esta forma de diagnóstico é a maneira mais rápida e eficaz, pois parte da observação direta do treponema com auxílio de microscópio ótico com condensador especial, do material retirado diretamente da lesão, não necessitando da utilização de nenhuma coloração (BRASIL, 2007b). Tem apresentando sensibilidade de 74,0 a 86,0%, sendo que a especificidade pode alcançar 97,0% dependendo da experiência do avaliador (OMS, 2008).

- ✓ **Imunofluorescência direta de anticorpos fluorescentes para o *Treponema Pallidum* (DFA-TP)**

Outro método também microscópio é a imunofluorescência direta, porém neste tipo de exame há necessidade de coloração específica, bem como a utilização de um microscópio especial. Apresenta sensibilidade (73,0 a 100,0%) e especificidade (89,0 a 100,0%) superiores à pesquisa em campo escuro (OMS, 2008; BRASIL, 2007b).

- ✓ **Detecção de ADN (PCR e RT PCR)**

A reação em cadeia da polimerase (PCR e RT PCR) são os testes de ampliação de ácidos nucleicos mais recentes. Necessitando para sua realização centrifugadora de microtubos, agitador térmico, incubador, leitor de microplacas. Apresentam resultados que indicam sensibilidade 91,0% e especificidade de 99,0% (OMS, 2008; BRASIL, 2007b).

Testes Sorológicos

O diagnóstico sorológico (provas indiretas) permanece como a principal forma de diagnóstico e consistem na pesquisa de anticorpos no sangue periférico e é fundamentado em dois tipos de reações. As reações não-treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. As reações não-treponêmicas são representadas principalmente, pelo VRDL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasma Reagin*) e as treponêmicas pelo FTA–ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*),, teste rápido, EIA/ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) e TPHA/TPPA (*Treponema pallidum Hemaglutination*) (OMS, 2008).

- ✓ **Reações não-treponêmicas**

São representadas basicamente por dois tipos de provas: provas de floculação e a de fixação de complemento. A reação de floculação mais utilizada e recomendada pela OMS é o exame de VDRL, que geralmente tende a se tornar positivo cinco a seis semanas após a infecção. A reação de fixação de complemento é representada pela de Wassermann e da RPR (JUNIOR, 2009).

Os testes preconizados e que são mais utilizados para a realização de triagem sorológica são os VDRL e o RPR, pois são de baixo custo, rápida realização e apresentam uma elevada sensibilidade (RPR – 86,0 a 100,0% e VDRL – 78,0 a 100,0%). Em razão de poderem ser titulados, são utilizados também para o acompanhamento terapêutico, já que há uma regressão natural da titulação, podendo ser tornar negativo, após tratamento adequado, ou ainda permanecer em baixos títulos para toda vida, tanto nos pacientes tratados adequadamente, como nos que não foram tratados é o que se denomina de "memória" ou "cicatriz" sorológica.

Estes exames apresentam também alta especificidade, trazendo como consequência a ocorrência de resultados falso-positivos, observadas principalmente nas doenças do colágeno, outras infecções treponêmicas, hanseníase (ROTTA, 2005).

- ✓ **Reações treponêmicas**

- TPHA/TPPA, FTA- Abs, EIA/ELISA são os testes específicos mais utilizados para confirmação da infecção treponêmica e para a exclusão dos resultados falso-positivos

encontrados nos testes não treponêmicos. Apresentam uma elevada especificidade (TPHA – 98,0% a 100,0%; FTA- Abs – 94,0% a 100,0%; ELISA – 97,0% a 100,0%), porém pelo fato de terem uma baixa sensibilidade, quando comparado aos não-treponêmicos, não permite que sejam utilizados como teste para rotina de triagem sorológica (TPHA – 85,0% a 100,0%; FTA-Abs – 70,0% a 100,0%; ELISA – 82,0% a 100,0%) (BRASIL, 2006b; OMS, 2008).

Também como nos testes não treponêmicos, os treponêmicos podem permanecer positivo por toda vida, mesmo naquelas situações, em que os pacientes foram adequadamente tratados, não sendo, portanto utilizados para acompanhamento terapêutico, uma vez que não permite diferenciar infecção adquirida recentemente de infecção passada (SARACENI, 2005).

- Teste Rápido para Sífilis (TRS): é prático e de fácil realização, pois não necessita de equipamentos para sua realização, estando o resultado liberado em 10 a 15 minutos (BRASIL, 2007b).

Tratamento

O tratamento da sífilis tornou-se eficaz, a partir de 1943, com a utilização da penicilina, considerado hoje, como padrão ouro no tratamento (SARACENI & LEAL, 2003). Desde então, permanece como a primeira opção medicamentosa, não ocorrendo até o momento casos de resistência a este fármaco (SARACENI, 2005).

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde está diretamente relacionado à fase ou estágio clínico da infecção. Na sífilis primária a penicilina G benzatina 2.400.000 unidades (UI) em dose única via intramuscular (IM). Na sífilis secundária ou assintomática com menos de um ano de evolução (sífilis latente recente): duas séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM com intervalo de uma semana em cada série, dose total: 4.800.000 UI. Na sífilis terciária ou assintomática com mais de um ano de evolução (sífilis latente tardia), três séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM com intervalo de uma semana em cada série, dose total: 7.200.000 UI (Brasil, 2007b).

Nas situações comprovadas de alergia à penicilina (evento raro), o paciente poderá ser dessensibilizado para utilizar a mesma penicilina ou caso não seja possível deve ser

instituído outras opções terapêuticas alternativas. As opções terapêuticas são eritromicina na forma de estearato ou estolato, 500 mg, via oral (VO), de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente, e por 30 dias para a sífilis tardia; tetraciclina na mesma dosagem ou doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia (BRASIL, 2006a).

A SÍFILIS NO PERÍODO GESTACIONAL

A sífilis ao acometer o período gestacional poderá trazer implicações tanto para mãe, como também para o seu concepto, quando poderá desencadear abortamentos, partos prematuros, óbitos fetais e mortes neonatais ou o nascimento de crianças com danos físicos, sensoriais e de desenvolvimento, com sérias repercussões sociais e psicológicas. As alterações fisiopatológicas, observadas na gestante com sífilis, são as mesmas verificadas nas não gestantes (BRASIL, 2004b; WENDEL, 1988).

A transmissão do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o feto ocorrerá, principalmente por via transplacentária e em qualquer momento do período gestacional. Embora menos frequentes, existem outras possibilidades de contaminação do feto, quando em contato com lesões infectadas, durante a passagem pelo canal de parto ou no momento da amamentação (BRASIL, 2006a).

A probabilidade e a gravidade da transmissão vertical estão diretamente relacionadas a alguns fatores: ao período gestacional em que a gestante adquiriu a doença, a fase clínica da sífilis durante a qual a gravidez teve início, a carga treponêmica infectante e a resposta imunológica materna (DIAZ, 2013). Porém, independentemente das situações apresentadas à possibilidade de comprometimento fetal sempre existe (CUNNINGHAM, 2014).

Há uma tendência de redução dessa transmissão ao feto, à medida que a doença materna progride. Na sífilis primária está em torno de 70,0 a 100,0%, alcançando 40,0% na sífilis latente precoce e de 10,0% na sífilis latente tardia (AMORIM & MELO, 2009).

Estudos indicam que na sífilis recente não tratada, 25,0% das gestações evoluem para aborto tardio ou óbito fetal, 11,0% em óbito neonatal de recém-natos a termo, 13,0% em

parto prematuro ou baixo peso ao nascer e 20,0% apresentando sinais clínicos de sífilis congênita (BLENCOWE et al, 2011).

Nas gestantes com sífilis que não foram tratadas ou tratadas de forma inadequada, observou-se que mais de 50,0% dos recém-natos ao nascimento podem não apresentar nenhuma manifestação clínica, que surgirão somente após o 3º mês de vida, retardando o diagnóstico e o tratamento com sérios transtornos no futuro (BRASIL, 2006a).

Segundo, a OMS, nos países em desenvolvimento, 10,0 a 15,0% das gestações são portadoras de sífilis (PEELING et al, 2004). Na América Latina e Caribe esta estimativa está em torno de 2 milhões de gestantes infectadas (CASAS et al, 2009).

No Brasil, cerca de 3 milhões de mulheres dão a luz anualmente. Estima-se que a prevalência da sífilis em gestantes esteja em torno de 1,4% a 2,8%, podendo comprometer o feto em 25,0% destas gestações (MAGALHÃES et al, 2013).

No ano de 2005, o MS estimou uma prevalência de 1,6% de sífilis na gestação, que representa cerca de 50 mil gestantes infectadas, gerando em torno de 12 mil casos de nascimentos com diagnóstico de sífilis. Contudo, o que se observou foi o registro de apenas 5.710 casos novos e uma taxa de incidência 1,9 casos por mil nascidos vivos, demonstrando o elevado número de subnotificações existentes (BRASIL, 2007a).

O Ministério da Saúde preconiza o rastreio da sífilis durante o período do pré-natal, com a realização do exame de VDRL, devendo ser realizado na primeira consulta de pré-natal. Caso seja negativo, realizar um novo VDRL a partir do início do 3º trimestre da gestação e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto) (BRASIL, 2010).

Tratamento e seguimento da Sífilis Gestacional

O manejo terapêutico da sífilis no período gestacional não difere das orientações terapêuticas do período não gestacional. Fato importante e que deve ser considerado é a possibilidade de falhas no tratamento em cerca de 14% dos casos, decorrentes da hemodiluição gestacional, da associação com outras doenças sexualmente transmissíveis (como HIV) ou a tratamentos inadequados, entre outras, desencadeando interrupções da gravidez ou o nascimento de fetos com sífilis congênita (BRASIL 2006a; BRASIL, 2007b).

Portanto, a droga recomendada pelo Ministério da Saúde, como primeira opção de tratamento é a penicilina, com doses variáveis de acordo com o estágio clínico da doença, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis gestacional e controle de cura.

Estadiamento	Penicilina G Benzatina GP	Intervalo entre as séries	Controle de Cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI.	1 semana	VDRL mensal

Fonte: Ministério da Saúde

Na situação de alergia comprovada à penicilina (teste de sensibilidade), e não havendo a possibilidade da dessensibilização, a opção terapêutica a ser utilizada nas gestantes e nutrizes é a eritromicina em sua forma de estearato da seguinte maneira: na sífilis recente (primária, secundária e latente recente): 500mg, via oral, de 6 em 6 horas durante 15 dias e na sífilis tardia (latente tardia e terciária) durante 30 dias. Existe a recomendação de alguns autores para o uso da azitromicina, porém há relatos de falha terapêutica. Nestas situações a gestante para fins de transmissão fetal será considerada não tratada, devendo obrigatoriamente esse feto ao nascer ser investigado e tratado (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b).

O tratamento do(s) parceiro(s) deve ser realizado concomitantemente ao da gestante, constituindo em uma ação estratégica para a prevenção da sífilis congênita. Este tratamento deve ser instituído, mesmo na impossibilidade de realização do diagnóstico laboratorial (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b).

No decorrer do tratamento as gestantes com sífilis e seu(s) parceiro(s) devem ser orientados dos riscos relacionados à infecção pelo *Treponema pallidum*, por meio da

transmissão sexual, evitando a relação sexual ou com a utilização de preservativos (masculino ou feminino) durante e após o tratamento (BRASIL, 2006a; BRASIL 2007b).

Após a realização do tratamento é necessário o controle de cura. Este controle é feito com acompanhamento clínico e laboratorial, utilizando para este fim, o teste não treponêmico de VDRL mensalmente. A realização de um tratamento adequado irá desencadear um declínio nos valores apresentados pelo VDRL (titulação). Caso contrário, a presença de elevação dessa titulação em quatro ou mais vezes (exemplo: 1:2 passou 1:8) do último VDRL realizado indicará uma falha no tratamento, que deverá ser reiniciado (BRASIL 2006a; BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde considera dois tipos de tratamento, que poderão ser alcançados na sífilis gestacional: tratamento adequado e inadequado (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b).

Tratamento adequado é quando:

1) completo e adequado ao estágio clínico da doença
2) feito com penicilina
3) finalizado 30 dias antes do parto
4) parceiro(s) tratado concomitantemente.

Tratamento inadequado é quando:

1) não realizado com penicilina
2) tratamento incompleto, mesmo tendo sido realizado com penicilina
3) inadequado ao estágio da doença
4) ausência de documentação que comprove tratamento anterior
5) ausência de queda na titulação do exame não treponêmico (VDRL) após tratamento adequado ou parceiro(s) não tratados ou inadequadamente tratados ou sem informação disponível sobre seu tratamento.

Sífilis Congênita

A sífilis congênita é classificada em recente (casos diagnosticados até o 2° ano de vida) e tardia (casos diagnosticados após o 2° ano de vida).

- ✓ **Sífilis Congênita Recente**

As principais manifestações encontradas são comprometimento da pele (pênfigo palmo-plantar, sifílides maculopapulares, as quais podem lacerar e alopecia), mucosas (rinites, coriza sifilítica, lesão nasal), visceral (hepatoesplenomegalia, icterícia, meningites) e ósseas (osteocondrite), prematuridade (MAGALHÃES et al, 2011).

- ✓ **Sífilis Congênita Tardia**

As lesões são irreversíveis e incluem a tríade de Hutchinson (caracterizada por ceratite intersticial, surdez nervosa oitavo e dentes de Hutchinson), fronte olímpica, tíbia em sabre, dificuldade de aprendizado (PESSOA & GALVÃO, 2011).

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL AO PARTO

A assistência pré-natal constitui um conjunto de cuidados realizados por uma equipe multiprofissional, visando assegurar um bem-estar ao binômio mãe-feto, durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal objetivo a diminuição da mortbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2005b). Os serviços de saúde responsáveis por essa assistência devem dispor de profissionais de saúde capacitados e habilitados para realizá-los de forma humanizada e com qualidade (FEBRASGO, 2011).

Na organização deste serviço é imprescindível, que seja estruturado de maneira a atender toda a população de gestantes localizadas dentro da sua área de atuação, utilizando para este fim de conhecimentos técnico-científicos e dos meios adequados e disponíveis. Além disso, deve permitir o fácil acesso, a continuidade no seu acompanhamento e proporcionar bons resultados sobre a saúde materna e perinatal (SILVA et al, 2005).

As elevadas taxas de mobimortalidade existentes na saúde materna e perinatal, fez com que o Ministério da Saúde, no ano de 2000, através da Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000, instituísse o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa estabelece as diretrizes da atenção pré-natal e da assistência ao parto, a partir da criação de um modelo básico de assistência. A adesão dos municípios ao programa ocorre por intermédio de incentivos financeiros, cabendo aos mesmos toda a organização de sua rede assistencial do pré-natal, parto e puerpério (SERRUYA, 2004).

O PHPN apresenta em seu plano operacional, pontos considerados fundamentais e que devem ser alcançados, para obtenção de uma melhoria na assistência materno-infantil tais como: redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliação do acesso ao pré-natal, estabelecimento de critérios para qualificar as consultas e promoção do vínculo entre assistência ambulatorial de pré-natal e hospitalar, sendo ainda incorporado um novo componente na assistência, que é o direito da mulher em receber assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2002).

O PHPN recomenda como principais atividades a serem desenvolvidas, visando um adequado acompanhamento pré-natal e assistência a gestante e a puérpera: a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo que uma no primeiro trimestre e o mais precoce possível (até o 4º mês de gestação), duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; a realização de uma consulta no período puerperal, até 42 dias após o parto; os exames mínimos laboratoriais: tipagem sanguínea, hemoglobina/hematócrito, VDRL, urina de rotina, glicemia de jejum, de preferência já na primeira consulta e os quatro últimos, repetidos próximo a trigésima semana da gestação; o teste de HIV oferecido na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50.000; aplicação de vacina antitetânica, até a dose imunizante (segunda) ou reforço para as já imunizadas; classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas (BRASIL, 2002).

Em sendo a sífilis uma das principais infecções, que acometem o ciclo gravídico - puerperal, o Ministério da Saúde preconiza o seu rastreio no período gestacional, durante as consultas de pré-natal, utilizando para isso o teste de VDRL. As orientações para sua realização são na primeira consulta de pré-natal, idealmente até a 14ª semana de gestação, caso seja negativo, realizar um novo VDRL a partir do início do 3º trimestre da gestação e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto) (BRASIL, 2010).

A utilização do teste de VDRL, como rotina no pré-natal representa o fator mais importante na identificação das gestantes e crianças infectadas. Portanto, a assistência pré-natal é o momento oportuno, para realização de um correto diagnóstico e tratamento (Figura 4).

Figura 4: Campanha de prevenção da sífilis congênita

Fonte: Ministério da Saúde

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O Processo de redemocratização ocorrido no Brasil, na década de 80, marcado pela ampliação e participação popular, ocasionou um aumento nas demandas sobre o Estado, desencadeando um amplo movimento pela universalização do acesso e o reconhecimento da saúde como um direito universal e dever do Estado.

Para assegurar tais direitos, a Constituição de 1988 criou o SUS, sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde – nº. 8080/90 e pela Lei nº 8142/90.

Amparado, principalmente, pela Lei Orgânica da Saúde e instituído através de portaria, surge o Plano Nacional de Saúde (PNS), cujo objetivo maior é transformar o quadro da saúde brasileira, proporcionando melhorias na qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social da população brasileira. A sua elaboração

parte de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas vistas sob uma óptica analítica (BRASIL, 2004a).

O Plano Nacional de Saúde para o período de 2012 a 2015 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, e contribuirá para o planejamento do Ministério da Saúde. As prioridades e os desafios a serem enfrentados na área da saúde brasileira surgiram, após ampla discussão técnica e política tendo a participação da sociedade, dos estados e municípios. Ele é composto por ações estratégicas e compromissos, que compreendem 14 diretrizes e por um conjunto de metas estabelecidas para a saúde (BRASIL, 2011a).

A área da saúde materno infantil por apresentar altos índices de mortalidade materna, onde as síndromes hipertensivas permanecem ainda como sua principal causa, associado ao aumento da incidência da sífilis congênita e a existência de mortalidade por causas perinatais (CAVALCANTI, 2010) tornaram essa área como uma das prioridades da saúde brasileira.

Portanto, com o objetivo de reduzir estes indicadores, uma das diretrizes do PNS é a implantação da Rede Cegonha, que foi normatizada através de portarias, que tem como finalidade dar mais qualidade aos serviços do SUS na área de atenção à saúde das mulheres e crianças, através de um novo modelo de atenção (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c). Este modelo assistencial tem início desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida da criança, de forma a ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

O Programa Rede Cegonha apresenta quatro componentes centrais (figura 5)*:* pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Cada um destes componentes desdobra em uma série de ações de saúde, a saber (CARNEIRO, 2013):

a) oferecer o teste rápido de gravidez nos postos de saúde, permitindo um diagnóstico imediato e consequentemente uma captação precoce desta gestante;

b) realizar no mínimo seis consultas de pré-natal;

c) oferecer uma série de exames clínicos e laboratoriais, dando atenção especial ao teste de HIV e sífilis, permitindo o diagnóstico e o tratamento precoce;

d) garantir leito e vincular a gestante a uma determinada maternidade, evitando a peregrinação da gestante;

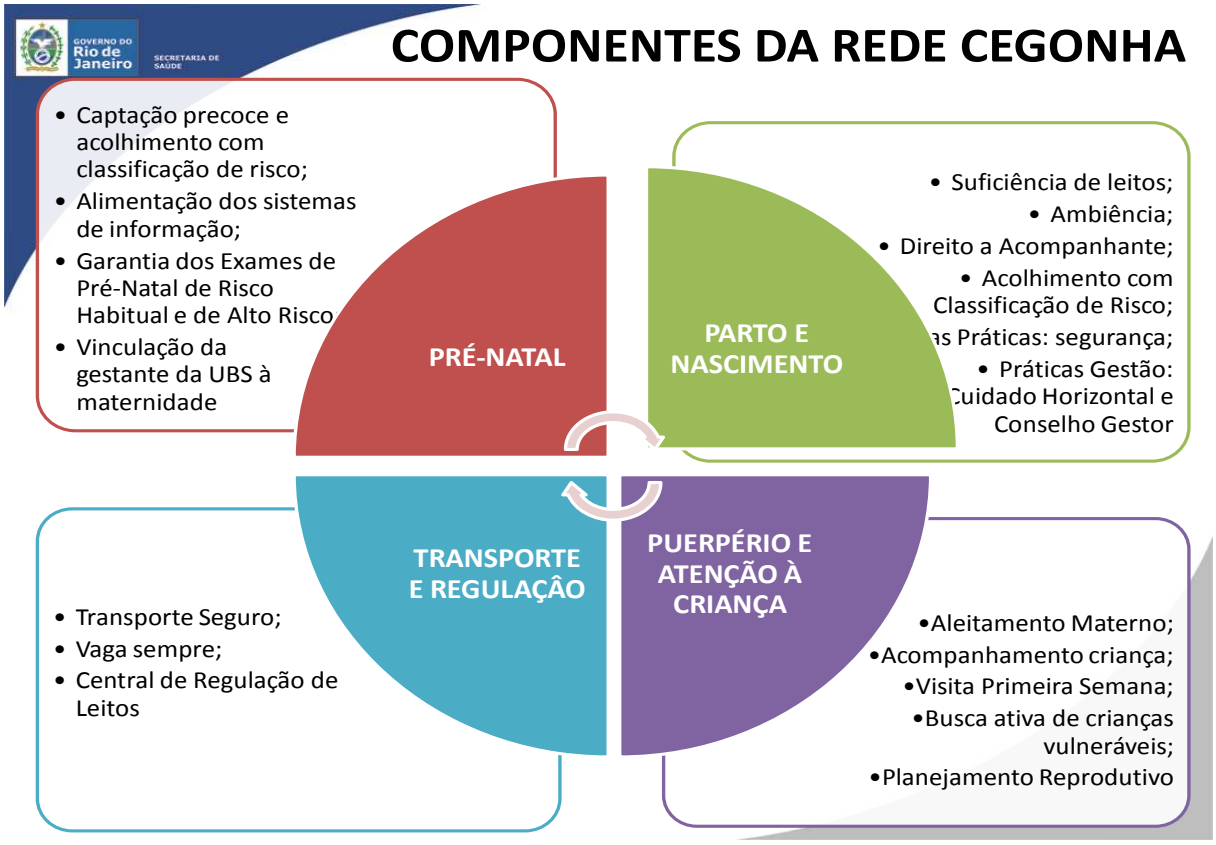
e) disponibilizar o vale-transporte para o deslocamento da paciente até a maternidade de referência no dia do parto;

f) investir na qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada;

g) incentivar à criação das casas de gestante, bebê e puérpera e centros de parto normal para os casos de baixo risco.

h) outras iniciativas estão dentro do programa, como a promoção do aleitamento materno, o transporte dos recém-nascidos que necessitem de transferências para outras Unidades, e difundir nas escolas, programas de educação sexual, visando um controle da gravidez na adolescência.

Figura 5: Componentes do Programa Rede Cegonha



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) é uma das ferramentas utilizadas para erradicação da sífilis congênita. No Brasil, a VE tem dois momentos importantes, um primeiro foi na campanha de erradicação da varíola, no final da década de 60 e início de 70 e o segundo ocorreu com a criação do SUS, que a define em seu texto legal (Lei nº 8.080/90) como:

> um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravo.

Portanto, a Vigilância Epidemiológica é uma área de conhecimento, que disponibilizará informações, que serão utilizadas no planejamento e na implementação de ações de saúde, em resumo, estabelecendo uma política de controle de doenças. Essas informações para serem confiáveis deverão ser de qualidade e disponibilizadas de forma imediata (SARACENI, 2012).

Dentre os sistemas de informação de saúde existentes na Vigilância Epidemiológica, o SINAN constitui-se no mais importante. Apesar de ter sido implantado em 1993, somente a partir de 1998 o uso do SINAN foi regulamentado, visando coletar e processar dados sobre agravos de notificação compulsória, em todo o território nacional, a partir do nível local.

Inicialmente, teve como gestora a FUNASA, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), porém a partir de 2003, estas atribuições passaram a ser da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2007c).

O principal meio utilizado para a coleta desses dados é através da notificação, que é a comunicação a uma autoridade sanitária, de uma doença ou agravo à saúde, realizado por profissionais da área de saúde ou qualquer cidadão, para que medidas de intervenções possam ser adotadas, de acordo com a lei nº 6.259/1975 (TEIXEIRA, 1998).

Este sistema é composto de uma lista nacional de doenças de notificação compulsória, definidas pelo Ministério da Saúde, através de portaria, cabendo a sua alimentação a estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2011d). Outros agravos à saúde podem integrar essa lista, desde que estados ou municípios considerem relevantes para suas regiões e definam os mecanismos operacionais correspondentes (BRASIL, 2007d).

Em decorrência da sua importância, como um problema de saúde pública, a sífilis congênita passou a figurar na lista de doenças de notificação compulsória em 1986 e a

sífilis gestacional, somente em 2005, instituídas através de portarias (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005a). Deste modo, a notificação destes casos, é obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde. A sua não comunicação implica em infração da legislação referente à saúde pública (SARACENI, 2012).

Para fins de Vigilância Epidemiológica, é considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente, com qualquer titulagem, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (BRASIL, 2006a).

A obtenção dessas informações com qualidade é importante, tanto na perspectiva epidemiológica, como ferramenta a ser utilizada no desenvolvimento do planejamento das ações programáticas e na avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008). Há, portanto, necessidade da capacitação e treinamento dos profissionais de saúde no reconhecimento das normatizações, que definem os casos, evitando erros que possam comprometer essas informações (KOMBA & LAGO, 2007).

Apesar de ser uma doença de notificação compulsória, a subnotificação e a precariedade na qualidade das informações disponíveis são uma realidade presente nos serviços de saúde, desencadeando diversas falhas, tanto no processo de vigilância, quanto nas medidas necessárias para a redução da transmissão vertical da sífilis (DONALISIO et al, 2007).

REGIÃO DA BAIXADA FLUMINENSE

A Baixada Fluminense é uma Região do Estado do Rio de Janeiro situada entre as Regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Serrana, formada por 13 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João do Meriti, Seropédica, Paracambi, Guapimirim, que juntos geram ¼ do PIB industrial do Estado do Rio de Janeiro (OLIVEIRA & RIBEIRO, 2009). A divisão político-administrativa das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro está apresentada na Figura 6.

É uma região que vem apresentando um aumento em sua densidade populacional e com um papel importante na economia dentro do estado, porém o crescimento observado no atendimento básico de saúde não avança no mesmo ritmo. Além de ser uma região estigmatizada historicamente por desigualdades sociais, altos índices de exclusão, pela violência urbana e práticas políticas clientelistas (OLIVEIRA & RIBEIRO, 2009).

Em relação à atenção básica de saúde somente os municípios de Magé (78,6%) e Nilópolis (76,1%) estão acima da cobertura estadual (49,3%) (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2011). Destes municípios da Baixada Fluminense, 11 deles estão inseridos dentro da região de saúde, denominada de Região Metropolitana I (exceto Guapimirim e Paracambi), com uma população estimada de 3.663.643 habitantes para o ano de 2013 (IBGE, 2010) (Figura 6).

Diante da necessidade da existência na região da implementação de políticas públicas, tendo como foco principal a assistência à vida da mulher e da criança, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro inaugurou no município de Mesquita, o Hospital Estadual da Mãe. Esta unidade materno-infantil é destinada ao atendimento de pré-natal e hospitalar das pacientes oriundas destes municípios da Baixada Fluminense e que pertencem a Região Metropolitana I.

Figura 6: Divisão Político-administrativa em Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

COMPLEXO REGIONAL DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER

O Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, localizado no município de Mesquita, inserida na Macrorregião Metropolitana I, com população estimada de 3.444.423 habitantes, excluindo a cidade do Rio de Janeiro (IBGE, 2010), apresenta uma estrutura com propósito de um atendimento de uma maternidade de baixa e média complexidades e ambulatório de obstetrícia e ginecologia, para demanda referenciada pelas unidades de saúde da região.

A Unidade tem como principal finalidade propiciar atendimento de qualidade às pacientes oriundas destes municípios, sendo estes atendimentos organizados, através de protocolo médico estabelecido.

As atividades não se restringem exclusivamente aos atendimentos ambulatorial e hospitalar. A Unidade conta com uma equipe multiprofissional, que através de palestras e seminários envolvendo temas relacionados ao cuidado materno infantil são disponibilizadas tanto às usuárias, como também aos profissionais de saúde das unidades municipais da Baixa Fluminense.

Neste sentido, a Unidade presta mais um serviço relevante e diferenciado, qual seja, participar no treinamento das equipes, que atuam na assistência básica dos municípios da região. Desta forma pretende-se melhorar a assistência prestada a estas pacientes.

É de conhecimento que uma atenção básica ambulatorial de pré-natal, desenvolvida com qualidade, pode reduzir ou evitar gestações de alto risco. Algumas patologias, tais como: infecções urinárias, sífilis, rotura prematura das membranas ovulares, processos infecciosos vaginais e pré-eclâmpsia/eclâmpsia, dentre outros, têm suas consequências perfeitamente evitáveis ou minimizadas por uma assistência pré-natal adequada, trazendo diminuição das taxas de mobimortalidade materna e perinatal observadas no Brasil.

A seguir, segue a descrição dos serviços baseada nas informações do edital de seleção nº 002/2012, para Gestão dos Serviços de Saúde no Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, no Estado do Rio de Janeiro, por entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, que está disponível no sítio http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/945-editais-de-selecao/editais-de-selecao-2012/12464-edital-de-selecao-n-002-2012.html.

Estrutura

O Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher tem capacidade de realizar 108.000 consultas ambulatoriais e mais de 7.800 internações por ano, servindo como mais um instrumento de melhora na atenção às gestantes e seus filhos. Apresenta todos os recursos necessários para complementação de diagnóstico e tratamento, o que leva a Unidade a ter uma alta resolutividade em seus atendimentos. Estes atendimentos seguem às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS, especialmente aos referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde da gestante e seu filho. Portanto, os serviços disponibilizados a população alvo são centrados na qualidade do atendimento, voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, buscando para isso um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional.

Descrição dos Serviços

- ✓ **Assistência Hospitalar – Maternidade**:

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos à usuária desde seu acolhimento inicial na maternidade até sua liberação ou alta hospitalar, incluindo-se o período puerperal, todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Apresenta em sua estrutura:

a. 70 leitos de internação;

b. 8 leitos na Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos;

c. 4 leitos de Recuperação Pós Anestésica e Cuidados para gestantes e puérperas;

d. 12 salas de Pré-parto e Parto (PPP);

e. 2 salas de parto cirúrgico;

f. 1 sala de parto normal;

g. 2 salas de assistência ao recém-nascido;

h. 1 sala de ultrassonografia/cardiotocografia na unidade de urgência;

i. 4 consultórios.

- ✓ **Ambulatório Referenciado – Clínica da Mulher:**

O Serviço Ambulatorial destina-se à realização de consultas, diagnósticos e seguimento de tratamentos e/ou de programas específicos para cuidados com a saúde da mulher. Constitui uma das principais portas de entrada de usuárias na unidade hospitalar. Estando capacitado para atender usuárias nas áreas clínicas e cirúrgicas voltadas para a obstetrícia e ginecologia. O acesso das pacientes ao ambulatório é por um sistema de regulação, existente entre as Secretarias Municipais de Saúde da Baixada Fluminense e o Hospital da Mãe, seguindo dois critérios:

1- Protocolo Médico Assistencial: as pacientes serão encaminhadas para atendimento, desde que apresentem um ou mais critérios, que classifique o risco gestacional em média complexidade. Este protocolo inclui um grupo de patologias, entre as quais a sífilis. Na Unidade receberão todos os cuidados necessários para confirmação, tratamento adequado e o acompanhamento, conforme as normas estabelecidas pelo MS.

2- Pacientes sem risco gestacional: as pacientes sem risco gestacional, em dois períodos da gestação (20ª semana e 36ª semana) são encaminhadas, para que conheçam a Unidade, na qual irão ter seus filhos e ao serem consultadas, os profissionais realizam todos os procedimentos, que são estabelecidos como rotina, no sentido de rastrear alguma patologia, que possa acometer a gestação, especial atenção é direcionada ao rastreio de sífilis. As rotinas estabelecidas são as preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Na possibilidade de alguma alteração verificada, essas pacientes são incluídas no pré-natal da Unidade.

Apresenta em sua estrutura:

a. 14 consultórios multiprofissionais ambulatoriais;

b. 2 salas de atividades ambulatoriais;

c. 2 salas de ultrassonografia / cardiotocografia;

d. 1 sala de laudos;

e. 1 sala de coleta de exames;

f. 1 salão de espera e recepção;

g. 1 sala de reunião.

- ✓ **Ambulatório de Apoio em Saúde:**

Este serviço coloca à disposição das usuárias uma equipe multidisciplinar, que dará apoio durante todo o período gestacional. É composto de:

a. Nutrição;

b. Enfermagem;

c. Psicologia;

d. Serviço Social.

- ✓ **Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT**

O Serviço de SADT disponibiliza as usuárias todos os recursos necessários à complementação do diagnóstico. Incluem a utilização dos seguintes recursos: Ultrassonografia Obstétrica com Estudo Morfológico Fetal e Dopplervelocimetria Obstétrica; Ultrassonografia em Medicina Interna e Ginecologia; Cardiotocografia; Eletrocardiograma, Ecocardiograma fetal e análises laboratoriais.

OBJETIVOS

GERAL

- ✓ Analisar os casos de sífilis gestacional das pacientes residentes nos municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.

ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional das pacientes do SINAN.
- ✓ Descrever o tratamento para sífilis gestacional realizado nas pacientes atendidas no ambulatório do Hospital Estadual da Mãe, conforme os critérios do Ministério da Saúde, referenciadas pelas unidades básicas de saúde dos municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de janeiro, com diagnóstico de sífilis gestacional.
- ✓ Quantificar o número de gestantes com sífilis atendidas no Hospital da Mãe, para fins de cálculo de prevalência.
- ✓ Quantificar os casos de subnotificações de casos de sífilis gestacional atendidos no Hospital da Mãe.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo dos casos de sífilis gestacional de pacientes residentes em 11 municípios da Baixada Fluminense, que estão inseridos dentro da região de saúde, denominada de Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.

Local da pesquisa

Nesse estudo foram considerados os 11 municípios da Baixada Fluminense (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João do Meriti, Seropédica) que compõem a Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e que tem o Hospital Estadual da Mãe, como Unidade Estadual de referência para o acompanhamento e tratamento dos casos de sífilis gestacional.

População

A população do estudo foi representada por todas as gestantes residentes nos municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, com diagnóstico e notificação de sífilis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para o período 2011-2013 e, das gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional do serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013 e que tiveram seus partos nessa unidade.

Fonte de informação

Foram dados provenientes das seguintes fontes de informações: notificações compulsórias informadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelos dados coletados nos prontuários das pacientes com diagnóstico de sífilis gestacional atendidas no serviço de pré-natal no Hospital Estadual da Mãe.

Variáveis a serem utilizadas

Foram coletadas do SINAN as seguintes varáveis: idade, raça/cor, nível de escolaridade, município de residência, classificação clínica, VDRL, teste treponêmico, momento do

diagnóstico, esquema do tratamento prescrito a gestante, município de realização de pré-natal, realização de pré-natal, tratamento do parceiro adequado e concomitantemente a gestante.

Foram coletadas dos prontuários das pacientes do serviço de pré-natal do Hospital da Mãe, as seguintes variáveis: município de residência, realização de testes não treponêmico (VDRL) e treponêmico, classificação clínica, período gestacional de diagnóstico, tratamento prescrito a gestante, término do tratamento materno em relação a data de parto, tratamento prescrito ao(s) parceiro(s) e se concomitante ao da gestante.

Análise dos dados

Para identificar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional das pacientes do SINAN foi utilizada análise descritiva das variáveis (construção de tabelas simples e de dupla entrada) antes da implantação do Hospital e após essa implantação. Pretendeu-se comparar quantitativamente os casos informados pelo SINAN e pelo Hospital Estadual, também, através de análise descritiva das variáveis. Foi analisado o tratamento da sífilis gestacional no Hospital da Mãe, conforme critérios estabelecidos pelo do Ministério da Saúde.

O cálculo da taxa de prevalência das gestantes com sífilis atendidas no Hospital da Mãe foi feito através da seguinte fórmula:

Taxa de prevalência (%) = número de casos no local e período / número de nascidos vivos no mesmo local e período x 100

O cálculo da subnotificação das gestantes com sífilis no SINAN através dos dados do Hospital foi feito através da seguinte fórmula:

Subnotificação (%) = (gestantes com sífilis no Hospital da Mãe – gestantes positivas para sífilis no Hospital da Mãe encontradas no SINAN) / gestantes com sífilis no Hospital da Mãe x 100

Considerações éticas

Os dados do estudo foram provenientes de fontes secundárias de acesso restrito em que não houve participação direta dos indivíduos. A autorização foi solicitada junto à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para utilização de dados no banco de dados do SINAN em base estadual e dos registros de casos de sífilis gestacional das pacientes atendidas no Hospital da Mãe. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para apreciação com parecer de aprovação de número 714.398, emitido em 10/07/2014 (Anexo).

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados agrupados, segundo os objetivos do estudo, quais sejam as notificações de sífilis em gestantes no SINAN, no período de 2011 a 2013 e a conduta realizada no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe, nos casos de sífilis gestacional, no ano de 2013.

RESULTADOS DO SINAN

A Tabela 1 apresenta a distribuição temporal dos casos notificados de sífilis em gestantes no SINAN, no período de 2011 a 2013, perfazendo um total de 1.732 casos notificados de sífilis gestacional nos municípios da Baixada Fluminense, pertencentes à Região Metropolitana I. Observa-se um aumento nos casos de notificação da sífilis gestacional no decorrer dos anos de estudo: em 2011, 407 casos; em 2012, 560 casos e em 2013, 765 casos. Quanto à taxa de prevalência da sífilis gestacional para o mesmo período, o município de Japeri (1,92) e Queimados (1,80) são os que apresentam as maiores taxas e Seropédica apresenta a menor taxa de prevalência (0,48).

Tabela 1: Distribuição percentual e taxa de prevalência (por cem nascidos vivos) dos casos de sífilis gestacional notificadas no SINAN por municípios de residência selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Município	2011		2012		2013		Total		Taxa de prevalência
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Belford Roxo	28	6,9	30	5,4	58	7,6	116	6,7	0,52
Duque de Caxias	152	37,3	159	28,4	219	28,6	530	30,6	1,34
Itaguaí	13	3,2	17	3,0	11	1,4	41	2,4	0,72
Japeri	13	3,2	34	6,1	39	5,1	86	5,0	1,92
Magé	9	2,2	47	8,4	85	11,1	141	8,1	1,36
Mesquita	37	9,1	50	8,9	28	3,7	115	6,6	1,56
Nilópolis	45	11,1	40	7,1	4	0,5	89	5,1	1,43
Nova Iguaçu	62	15,2	57	10,2	134	17,5	253	14,6	0,72
Queimados	22	5,4	37	6,6	72	9,4	131	7,6	1,80
São João de Meriti	26	6,4	77	13,8	112	14,6	215	12,4	1,03
Seropédica	0	0,0	12	2,1	3	0,4	15	0,9	0,48
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1.732	100,0	1,07

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A Tabela 2 mostra a distribuição das pacientes com sífilis gestacional de acordo com a faixa etária (anos). A análise da tabela demonstra que 1.109 gestantes (64,0%) diagnosticadas com sífilis gestacional, no período do estudo são de até 24 anos.

Tabela 2: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por faixa etária, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Faixa etária	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 19	120	29,5	166	29,6	239	31,2	525	30,3
20 a 24	137	33,7	195	34,8	252	32,9	584	33,7
25 a 29	71	17,4	106	18,9	133	17,4	310	17,9
30 a 34	56	13,8	57	10,2	91	11,9	204	11,8
35 a 39	16	3,9	27	4,8	40	5,2	83	4,8
40 ou mais	7	1,7	9	1,6	10	1,3	26	1,5
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Quanto à variável raça/cor representada na Tabela 3, a categoria que apresenta maior número dentre os casos registrados corresponde às gestantes que se declaram parda, com 728 casos, correspondendo a 42,0% do total de casos nos anos de estudo. Em segundo e terceiro lugar estão àquelas que se declaram pretas com 323 casos e brancas com 277 casos, representando 18,6% e 16,0% respectivamente do total. Destacando-se também o crescente número de casos ignorados no decorrer do estudo: de 57 casos em 2011 a 233 em 2013.

Tabela 3: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por raça/cor, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Raça/cor	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	77	18,9	89	15,9	111	14,5	277	16,0
Preta	77	18,9	119	21,3	127	16,6	323	18,6
Amarela	2	0,5	5	0,9	3	0,4	10	0,6
Parda	192	47,2	247	44,1	289	37,8	728	42,0
Indígena	2	0,5	1	0,2	2	0,3	5	0,3
Ignorado	57	14,0	99	17,7	233	30,5	389	22,5
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Em relação à escolaridade apresentada na Tabela 4, observa se que 779 casos (45,0%) não tinham o grau de escolaridade informado, impedindo uma melhor análise dessa variável. Em 347 do total dos casos (20,0%) o grau de instrução apresentado corresponde a 5ª a 8ª série incompleta e apenas 6 casos (0,3%) eram analfabetas.

Tabela 4: Distribuição de casos de sífilis em gestantes segundo grau de instrução, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Grau de instrução	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	0	0	5	0,9	1	0,1	6	0,3
1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1ºgrau)	16	3,9	37	6,6	38	5,0	91	5,3
4ª série completa do EF (antigo primário ou 1ºgrau)	30	7,4	26	4,6	30	3,9	86	5,0
5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1ºgrau)	90	22,1	127	22,7	130	17,0	347	20,0
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1ºgrau)	36	8,8	50	8,9	48	6,3	134	7,7
Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	37	9,1	58	10,4	55	7,2	150	8,7
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	33	8,1	41	7,3	56	7,3	130	7,5
Educação superior incompleta	3	0,7	1	0,2	1	0,1	5	0,3
Educação superior completa	0	0	2	0,4	2	0,3	4	0,2
Ignorado	162	39,8	213	38,0	404	52,8	779	45,0
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1.732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Na Tabela 5 está apresentada a variável relacionada à realização do pré-natal durante o período gestacional. Observa-se que em 1.388 casos (80,1%) tiveram acesso ao serviço de pré-natal em algum momento da gestação e 344 casos (19,9%) esta informação não foi apresentada.

Tabela 5: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo a realização de pré-natal, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Realizou pré-natal	N	%
Sim	1.388	80,1
Não informado	344	19,9
Total	1.732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A Tabela 6 relaciona o município de residência da paciente e o município no qual foi realizado o seu pré-natal. Verifica-se que em média 78,7% de todas as pacientes realizaram o pré-natal no mesmo município onde residem. Porém, observa-se que os nos municípios de Belford Roxo, 39 casos (43,3%), Mesquita, 67 casos (74,4%), Nilópolis, 33 casos (63,5%) e São João de Meriti, 87 casos (65,4%) apresentam números inferiores à proporção da região.

Tabela 6: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo município de residência e de realização do pré-natal, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Município	Mesmo município		Outro município		Total	
	N	%	N	%	N	%
Belford Roxo	39	43,3	51	56,7	90	100,0
Duque de Caxias	418	86,4	66	13,6	484	100,0
Itaguaí	32	88,9	4	11,1	36	100,0
Japeri	60	89,6	7	10,4	67	100,0
Magé	113	87,6	16	12,4	129	100,0
Mesquita	67	74,4	23	25,6	90	100,0
Nilópolis	33	63,5	19	36,5	52	100,0
Nova Iguaçu	159	79,1	42	20,9	201	100,0
Queimados	69	75,8	22	24,2	91	100,0
São João de Meriti	87	65,4	46	34,6	133	100,0
Seropédica	15	100,0	0	0	15	100,0
Total	1.092	78,7	296	21,3	1.388	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Em relação à realização do teste não treponêmico no período gestacional, conforme Tabela 7, observa se que 1.516 casos (87,5%) realizaram o teste não treponêmico em algum momento do período gestacional, porém em 160 casos (9,2%) não foram realizados.

Tabela 7: Distribuição de casos de sífilis gestacional com realização do teste não treponêmico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Teste não treponêmico	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reagente	379	93,1	490	87,5	604	79,0	1.473	85,0
Não reagente	6	1,5	12	2,1	25	3,3	43	2,5
Não realizado	7	1,7	36	6,4	117	15,3	160	9,2
Ignorado	15	3,7	22	3,9	19	2,5	56	3,2
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1.732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Quanto à realização do teste treponêmico ou confirmatório para a sífilis, a Tabela 8 demonstra que em 807 casos (46,6%) o resultado encontrado foi reagente e em 54 casos (3,1%) foi não reagente. Em 438 casos (25,3%) não foi realizado o exame.

Tabela 8: Distribuição de casos de sífilis gestacional com realização do teste treponêmico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Teste treponêmico	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reagente	162	39,8	247	44,1	398	52,0	807	46,6
Não reagente	15	3,7	18	3,2	21	2,7	54	3,1
Não realizado	113	27,8	135	24,1	190	24,8	438	25,3
Ignorado	117	28,7	160	28,6	156	20,4	433	25,0
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1.732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A Tabela 9 apresenta o momento do ciclo gravídico, no qual foi realizado o diagnóstico de sífilis gestacional. Observa-se que em 224 casos (12,9%) tiveram o diagnóstico ainda realizado no primeiro trimestre da gestação, e que em sua grande maioria, 800 casos (46,2%) o diagnóstico foi realizado no 3º trimestre.

Tabela 9: Distribuição de casos de sífilis gestacional de acordo com o período gestacional de realização do diagnóstico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Período gestacional	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1o. trimestre	52	12,8	65	11,6	107	14,0	224	12,9
2o. trimestre	91	22,4	140	25,0	192	25,1	423	24,4
3o. trimestre	221	54,3	271	48,4	308	40,3	800	46,2
Ignorada	43	10,6	84	15,0	158	20,7	285	16,5
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Ao apresentar a classificação clínica ou estadiamento demonstra-se que o maior número de casos, 742, corresponde aos ignorados (42,8%), fato esse que impede uma melhor análise dessa variável. Porém, dentre as classificações clínicas apresentadas a primária é a de maior prevalência, com 476 casos, correspondendo a 27,5% do total. Observa se que a sífilis terciária apresentou uma elevação em seus números no decorrer dos anos de estudo, apresentando em 2011 – 56 casos (13,8%); 2012 – 97 casos (17,3%) e 2013 – 327 casos (22,7%) (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por classificação clínica ou estadiamento clínico no momento do diagnóstico, notificadas no SINAN nos municípios selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Classificação clínica	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primária	93	22,9	175	31,3	208	27,2	476	27,5
Secundária	11	2,7	28	5,0	32	4,2	71	4,1
Terciária	56	13,8	97	17,3	174	22,7	327	18,9
Latente	34	8,4	21	3,8	61	8,0	116	6,7
Ignorado	213	52,3	239	42,7	290	37,9	742	42,8
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Apresenta-se na Tabela 11 os dados relacionados ao esquema de tratamento prescrito à gestante. Observa-se que em 148 casos (8,5%) não foram prescritos nenhum tratamento e em 23 casos (1,3%) o tratamento prescrito foi com outra droga, que não a penicilina benzatina. Em 802 casos (46,3%), o tratamento realizado foi com penicilina benzatina com dose total de 7.200.000UI.

Tabela 11: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme esquema de tratamento realizado na gestante, notificadas no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Esquema de tratamento	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	99	24,3	220	39,3	262	34,2	581	33,5
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	15	3,7	13	2,3	29	3,8	57	3,3
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	191	46,9	241	43,0	370	48,4	802	46,3
Outro esquema	9	2,2	8	1,4	6	,8	23	1,3
Não realizado	53	13,0	39	7,0	56	7,3	148	8,5
Ignorado	40	9,8	39	7,0	42	5,5	121	7,0
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1.732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Na Tabela 12 é apresentado o esquema de tratamento prescrito ao(s) parceiro(s) das gestantes com diagnóstico de sífilis no período gestacional. Foram observados que em 358 casos (20,7%), não realizaram qualquer tratamento. Apenas 245 casos (14,4%) receberam tratamento, sendo que 240 casos (14,1%) com penicilina benzatina e 5 casos (0,3%) com outro tratamento que não a penicilina benzatina. Chama a atenção que 1.124 casos (64,9%) aparecem como ignorados, fato que impede uma melhor análise dessa variável.

Tabela 12: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme esquema de tratamento prescrito ao parceiro, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Esquema de tratamento	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	14	3,4	42	7,5	59	7,7	115	6,6
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	5	1,2	5	0,9	11	1,4	21	1,2
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	29	7,1	36	6,4	44	5,8	109	6,3
Outro esquema	1	0,2	2	0,4	2	0,3	5	0,3
Não realizado	79	19,4	112	20,0	167	21,8	358	20,7
Ignorado	279	68,6	363	64,8	482	63,0	1124	64,9
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Quanto à instituição do tratamento ao parceiro em concomitância ao tratamento materno, a Tabela 13 demonstra que em 194 casos (11,2%) os parceiros tiveram seu tratamento instituído concomitantemente à gestante. Em 394 casos do total apresentado (22,7%), não houve tratamento concomitante. E ainda em 1.144 casos (66,1%) foram considerados como ignorados, que é um percentual elevado de não resposta.

Tabela 13: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, notificados no SINAN, nos municípios de selecionados do estado do Rio de Janeiro, 2011-13.

Tratamento do parceiro	2011		2012		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	36	8,8	72	12,9	86	11,2	194	11,2
Não	86	21,1	121	21,6	187	24,4	394	22,7
Ignorado	285	70,0	367	65,5	492	64,3	1.144	66,1
Total	407	100,0	560	100,0	765	100,0	1.732	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

RESULTADOS DO HOSPITAL DA MÃE

A população de estudo constitui-se de 36 casos de sífilis gestacional atendidos no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, encaminhadas das secretariais municipais de saúde da região do estudo, seguindo protocolo citado anteriormente. Estes casos tiveram seus diagnósticos realizados nas unidades básicas de saúde ou durante as consultas realizadas no ambulatório do Hospital da Mãe, no período de janeiro a dezembro de 2013.

Neste período o total de nascidos vivos na Unidade foi de 5.676 recém natos, e o total de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional, que deram a luz na Unidade foi de 159 casos. Destes, apenas 36 casos fizeram acompanhamento no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe, o que corresponde a uma taxa de prevalência de sífilis gestacional de 2,8%.

Portanto, os resultados apresentados a seguir são decorrentes da análise de algumas variáveis, coletadas dos prontuários dessas 36 pacientes, que realizaram o pré-natal no Hospital da Mãe.

Quanto ao estado civil informado, verifica-se que conforme Tabela 14, o maior número de casos corresponde às solteiras, com 24 casos (66,67%), seguido da união estável com 7 casos (19,44%).

Tabela 14: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo estado civil, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Estado civil	N	%
Casada	3	8,3
Divorciada	1	2,8
Solteira	24	66,7
União estável	7	19,4
Não informado	1	2,8
Total	36	100,0

Analisando a variável relacionada à idade, a Tabela 15 apresenta a faixa etária de 20 a 24 anos com o maior número de casos, em um total de 14 (38,9%), em segundo lugar a faixa inferior ou igual a 19 anos, com 8 casos (22,2%).

Tabela 15: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme faixa etária, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Faixa etária	N	%
<= 19	8	22,2
20 a 24	14	38,9
25 a 29	6	16,7
30 a 34	4	11,1
35 a 39	4	11,1
Total	36	100,0

Na Tabela 16 demonstra-se o grau de escolaridade do grupo de estudo, prevalecendo as que possuem o ensino fundamental incompleto, com 11 casos (30,6%), seguida das que possuem ensino médio completo, com 10 casos (27,8%).

Tabela 16: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme o grau de escolaridade, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Grau de escolaridade	N	%
Ensino fundamental incompleto	11	30,6
Ensino fundamental completo	4	11,1
Ensino médio incompleto	8	22,2
Ensino médio completo	10	27,8
Não informado	3	8,3
Total	36	100,0

Segundo raça/cor, apresentada na Tabela 17, o estudo revela que 15 casos (41,7%) se autodeclararam parda, vindo em seguida com 8 casos (22,2%) os não informados. As que se autodeclaram de raça/cor preta surgem em 7 casos (19,4%).

Tabela 17: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo raça/cor, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Raça/cor	N	%
Branca	6	16,7
Parda	15	41,7
Preta	7	19,4
Não informado	8	22,2
Total	36	100,0

A Tabela 18 apresenta os municípios de residência dessas pacientes e nota-se que o maior número de casos é oriundo do município de Mesquita, com 11 casos (30,6), seguido do município de Nova Iguaçu, com 10 casos (27,8%). Em terceiro lugar vem o município de São João de Meriti com 6 casos (16,7%).

Tabela 18: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo município de residência, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Município	N	%
Belford Roxo	3	8,3
Magé	1	2,8
Mesquita	11	30,5
Nilópolis	4	11,1
Nova Iguaçu	10	27,8
Queimados	1	2,8
São João de Meriti	6	16,7
Total	36	100,0

Em relação ao teste não treponêmico observou-se que todas as 36 gestantes realizaram o teste, devido ao fato que o mesmo é realizado de rotina em todas as pacientes que iniciam o pré-natal na Unidade e sua realização ocorre já na primeira consulta.

O mesmo acontece em relação ao teste treponêmico ou confirmatório para sífilis. O teste confirmatório é realizado de rotina na Unidade, em todas as pacientes que apresentarem o teste não treponêmico positivo.

A Tabela 19 descreve o momento do período gestacional em que o diagnóstico foi realizado. O maior percentual corresponde ao terceiro trimestre da gestação com 14 casos (38,9%), em segundo lugar as que tiveram seu diagnóstico realizado no segundo trimestre, apresentando 8 casos (22,2%). Observa-se que 7 casos (19,40%) tiveram seu diagnóstico realizado no pós-parto.

Tabela 19: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo período gestacional de diagnóstico, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Período gestacional	N	%
1º trimestre	7	19,4
2º trimestre	8	22,2
3º trimestre	14	39,0
Pós-parto	7	19,4
Total	36	100,0

No que se refere ao estadiamento ou fase clínica da sífilis gestacional das pacientes atendidas no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe, a Tabela 20, demonstra que em 34 casos (94,5%) não há informação quanto a essa variável, prejudicando sua análise. Nos dois casos restantes, um foi classificado como latente (2,8%) e outro como secundária (2,8%).

Tabela 20: Distribuição de casos de sífilis em gestantes por classificação clínica ou estadiamento clínico no momento do diagnóstico, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Classificação clínica	N	%
Secundária	1	2,8
Latente	1	2,8
Não informado	34	94,4
Total	36	100,0

Quando se avalia o tratamento prescrito à gestante no ambulatório do Hospital da Mãe, verifica-se na Tabela 21 que 33 casos (75,0%) foram tratados com Penicilina Benzatina e em 3 casos (8,3%) esse tratamento já havia sido realizado na unidade básica de saúde, responsável pelo encaminhamento.

Tabela 21: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme esquema de tratamento prescrito à gestante, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Esquema de tratamento	N	%
Penicilina Benzatina 2.400.000 UI	5	13,9
Penicilina Benzatina 4.800.000 UI	1	2,8
Penicilina Benzatina 7.200.000 UI	27	75,0
Tratamento realizado na UBS	3	8,3
Total	36	100,0

Quanto ao tratamento realizado à paciente com penicilina benzatina e finalizado antes dos 30 dias do parto, observa-se na Tabela 22, que em 19 casos (52,8%) este tratamento foi finalizado e em 17 casos (47,2%) o seu término ocorreu após este período.

Tabela 22: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo término do esquema de tratamento completo prescrito à gestante antes de 30 dias do parto, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Esquema de tratamento completo	N	%
Não	17	47,2
Sim	19	52,8
Total	36	100,0

Em relação ao tratamento realizado ao parceiro, a Tabela 23 apresenta um total de 31 casos (86,1%) em que não há essa informação, impedindo uma melhor avaliação da variável. Em 5 casos (13,9%) a penicilina benzatina foi utilizada como tratamento.

Tabela 23: Distribuição de casos de sífilis gestacional, conforme tratamento instituído ao parceiro, atendidos no ambulatório de pré-natal do Hospital da Mãe, 2013.

Esquema de tratamento	N	%
Penicilina Benzatina 2.400.000UI	1	2,8
Penicilina Benzatina 7.200.000UI	3	8,3
Penicilina Benzatina, porém sem informação da dose	1	2,8
Não informado	31	86,1
Total	36	100,0

Já em relação ao tratamento do parceiro concomitante ao da gestante apresenta-se na Tabela 24 um total de 22 casos (61,1%) sem essa informação. Em 5 casos (13,9%) o tratamento foi realizado concomitantemente.

Tabela 24: Distribuição de casos de sífilis gestacional, segundo tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, atendidos no serviço de pré-natal do Hospital Estadual da Mãe, 2013.

Tratamento ao parceiro	N	%
Sim	5	13,9
Não realizado	9	25,0
Não informado	22	61,1
Total	36	100,0

Ao avaliar as subnotificações dos casos notificados no SINAN, no período de janeiro a dezembro de 2013, das 36 pacientes diagnosticadas com sífilis gestacional no serviço de pré-natal, do Hospital Estadual da Mãe, somente 5 foram notificadas, correspondendo a 86,1% de subnotificações registradas.

DISCUSSÃO

A sífilis gestacional é uma doença que persiste como problema de saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil e que no decorrer dos anos vem apresentando uma curva ascendente em sua incidência. O diagnóstico precoce associado a um tratamento adequado da mulher infectada e seu(s) parceiro(s), antes ou durante a gravidez, ainda constitui a maneira mais eficaz de evitar as consequências ocasionadas pela doença à mãe e seu concepto (FLORES, 2011). A notificação dos casos é também outra ferramenta de grande valor, que quando realizada de forma adequada tem sua contribuição nesse processo, pois subsidiará com informações, permitindo dimensionar, planejar e desenvolver ações para prevenção e redução da transmissão da mãe para o feto (BRASIL, 2007b; DONALÍSIO et al, 2007).

A análise da evolução temporal dos casos notificados de sífilis em gestantes no SINAN, no período de 2011 a 2013, mostrou que ocorreu uma elevação dessas notificações no decorrer dos anos, passando de 407 casos em 2011 para 765 em 2013. Importante ressaltar que a notificação da sífilis gestacional passou a ser de notificação compulsória a partir de 2005, através de portaria (BRASIL, 2005a).

No que diz respeito à taxa de prevalência da sífilis gestacional para esta região do presente estudo, o valor encontrado foi de 1,07%. No estudo Sentinela-Parturiente realizado em 2006, que teve como um dos objetivos, estimar a prevalência da sífilis gestacional, foi identificado para a região Sudeste a prevalência de 1,3% (SZWARCWALD et al, 2006). Portanto, foi identificado no estudo uma taxa inferior ao apresentado para a região Sudeste, porém os municípios de Japeri, Queimados, Mesquita, Nilópolis, Magé e Duque de Caxias apresentaram uma taxa de prevalência acima do estimado para a região do estudo e da região Sudeste.

Portanto, acima do encontrado no estudo, mesmo sendo para os municípios de Japeri, Queimados, Mesquita, Nilópolis, Magé e Duque de Caxias conjuntamente.

Neste estudo, os dados identificados permitem traçar o perfil das características biológicas, pessoais e sociais dessas pacientes, verificando-se que a doença predomina em mulheres jovens, de cor parda e com algum nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto). Outros estudos semelhantes corroboraram essa tendência (DOMINGUES, 2013; NASCIMENTO, 2012). É importante a valorização desses achados, pois mostram

o papel relevante da desigualdade social, diante de uma doença, que poderia ser evitada, pois é de fácil diagnóstico e com tratamento acessível (LIMA, 2013). Esses resultados divergem do encontrado por Almeida (2009) em seu estudo, em que a maioria das pacientes com sífilis gestacional possuíam um bom grau de instrução (42,2%) e moradia própria (67,8%), demonstrando que o grau de instrução não influenciava no conhecimento da sífilis por parte das pacientes.

No período gestacional, a assistência pré-natal desempenha um papel fundamental, pois é o momento oportuno tanto para a realização do diagnóstico, quanto para o tratamento da sífilis gestacional. O Ministério da Saúde dentro de suas diretrizes estabelece que o pré-natal seja realizado por profissionais de saúde, tendo no mínimo 6 consultas, sendo 2 realizadas por profissional da área médica e que seja iniciado o mais precocemente possível, ou seja, ainda no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2005b).

Em relação à variável pré-natal, verificou-se que a maioria das gestantes (80,1%) teve acesso ao serviço de pré-natal. Estes números são reduzidos, quando comparados ao estudo de Domingues et al, em 2014, em que foi observada uma cobertura de pré-natal em 98,7% da população estudada. Contudo, os resultados observados podem ser considerados elevados, quando comparado com um estudo realizado em um Hospital Público de Nova Iguaçu, em que foi verificado que 54,2% das pacientes haviam realizado o pré-natal (NASCIMENTO et al, 2012) e ao estudo Hollanda et al (2011), em que 77,5% das pacientes tiveram acesso. Em diversos estudos nacionais foi observado que em mais da metade dos casos de sífilis congênita as mães tiveram acesso ao pré-natal (BARBOSA, 2013), mostrando que não basta permitir somente o acesso, mas implementar ações, que possam qualificar este serviço, objetivando êxito na redução da sífilis congênita (SARACENI et al, 2007).

Ainda relacionado ao pré-natal, uma variável estudada foi a relação entre o município de residência da paciente e o município no qual foi realizado o pré-natal. Nota-se que, em média, 78,7% das pacientes realizaram o pré-natal no mesmo município onde residem. Porém, os municípios de Belford Roxo, Mesquita, Nilópolis e São João de Meriti estão abaixo dessa média. O fator distância associado às condições socioeconômicas da região, podem trazer como consequências a falta e/ou dificuldade de acesso à assistência pré-natal e/ou início tardio. Importante ressaltar, que essas consequências estão diretamente ligadas a manutenção dos elevados índices de sífilis congênita existentes no Brasil (ARAÚJO et al, 2006; XIMENES, 2008).

Sabendo que o diagnóstico precoce da infecção no período gestacional é ainda a melhor maneira de prevenção, os testes sorológicos têm suma importância neste contexto. O Ministério da Saúde orienta que o teste não treponêmico deva ser realizado ainda na primeira consulta de pré-natal e caso seja negativo, deve-se realizar um novo VDRL a partir do início do terceiro trimestre da gestação e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto) (BRASIL, 2005). Os resultados do estudo apresentaram para a realização deste teste em 87,5% dos casos. Esses números são superiores aos encontrados nos estudos de Campos et al (2010) em que 62,1% realizaram o teste e ao do estudo de Saraceni et al (2007) em que entre 70 e 80% haviam realizado o teste.

Quanto ao teste confirmatório ou treponêmico sua realização ocorreu em um percentual elevado do estudo (49,7%), sendo importante para a confirmação do diagnóstico, porém a impossibilidade de sua realização não exclui a notificação, desde que o teste não treponêmico seja positivo e/ou apresente alguma manifestação clínica da sífilis (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

Em relação ao momento do diagnóstico, os dados do estudo mostraram que em sua grande maioria, ou seja, 46,2% dos casos, o diagnóstico da sífilis gestacional foi realizado no terceiro trimestre e apenas 12,9% tiveram seu diagnóstico no primeiro trimestre. Esses resultados diferem do estudo realizado no estado de Goiás, em 2013, em que 27,3% encontravam-se no primeiro trimestre e 25,2% no terceiro trimestre de gestação (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013).

A realização do diagnóstico no terceiro trimestre, como observado no presente estudo, torna-se preocupante, já que existe uma maior possibilidade de falha terapêutica quando o tratamento é realizado na fase final da gestação. A obtenção de melhores resultados para a redução da sífilis congênita ocorre quando o tratamento materno é instituído antes da 24ª e 28ª semanas de gestação (BLENCOWE et al, 2011) e, portanto, deve-se investir em medidas que estimulem a realização das consultas de pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação (NASCIMENTO et al, 2012).

No que se refere à classificação clínica ou estadiamento da doença, identifica-se no presente estudo que o maior percentual de casos encontrados correspondem aos ignorados, o que impede uma melhor análise desta variável. Porém, entre as fases clínicas identificadas a primária corresponde a 27,5% e a terciária corresponde a 18,9% do total de casos, o que difere do encontrado no estudo realizado por Soeiro (2014), onde a fase

clínica mais frequente é a latente. Outra característica observada é a ocorrência de uma ascensão da fase terciária no decorrer de cada ano do estudo, o que diverge do Ministério da Saúde (2007b), que relata serem raros esses casos atualmente.

A partir do diagnóstico e da identificação do estadiamento da doença, deve ser iniciado o tratamento. A droga de escolha preconizada é a penicilina benzatina, em doses que vão variar de acordo com a classificação clínica apresentada no momento do diagnóstico. No estudo verificou-se que a principal droga utilizada foi a penicilina benzatina, mas foi observado que em 8,5% dos casos, nenhum tratamento foi realizado e em 1,3 % o tratamento prescrito foi com outra droga, que não a penicilina benzatina.

Apesar da persistência da não realização de tratamento ou utilização de outra droga, que não a penicilina benzatina, esses números são inferiores ao encontrado no estado de Goiás, em que 29,4% não receberam nenhum tipo de tratamento ou realizaram com esquema inadequado (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013). A utilização de outra droga, que não a penicilina benzatina, caracteriza o tratamento como inadequado (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b) e certamente contribuirá com aumento na estatística da sífilis congênita.

O tratamento deve ser estendido ao(s) parceiro(s) e os dados encontrados no estudo indicam que apenas 14,4% dos parceiros foram tratados e este tratamento foi realizado concomitante ao tratamento da gestante em 11,2% dos casos. A ocorrência de um percentual elevado de casos ignorados impede uma melhor análise dessa variável. Estudo desenvolvido no estado do Maranhão (BARBOSA, 2013) demonstra que 22,0% dos parceiros receberam tratamento, caracterizando em ambos o percentual reduzido dessa variável. Tendo em vista que o tratamento do parceiro é fundamental para a redução da transmissão vertical da doença, o seu não tratamento implica em alto risco de reinfecção da gestante (LIMA, 2013). Este tratamento é tão importante que dentro das metas de erradicação da sífilis congênita, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu a necessidade de que mais de 80,0% dos parceiros devam ser identificados e tratados com pelo menos uma dose de Penicilina G Benzatina (WHO, 2012).

As principais limitações encontradas neste estudo foram aquelas inerentes a utilização de dados secundários, como a subnotificação e a falta de qualidade no preenchimento das variáveis presentes nas fichas de notificação.

Já em relação ao Hospital da Mãe, o Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher apresenta uma estrutura com propósito de um atendimento de uma maternidade de baixa e média complexidades e um ambulatório de obstetrícia e ginecologia, para demanda referenciada pelas unidades de saúde da região.

O Serviço Ambulatorial destina-se à realização de consultas, diagnósticos e seguimento de tratamentos e/ou de programas específicos para cuidados com a saúde da mulher. O acesso das pacientes ao ambulatório é por um sistema de regulação, existente entre as secretarias municipais de saúde da Baixada Fluminense, pertencentes a Região Metropolitana I e o Hospital da Mãe, seguindo critérios (protocolos) descritos anteriormente, estando a sífilis gestacional incluída nesses critérios. Na Unidade as pacientes recebem todos os cuidados necessários para a confirmação, o tratamento adequado e o acompanhamento, conforme as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

De acordo com os resultados apresentados é possível identificar as características biológicas, sociais, pessoais e demográficas das pacientes com diagnóstico de sífilis gestacional, atendidas no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe. Observa-se que em sua grande maioria as gestantes residem nos municípios de Mesquita e Nova Iguaçu, sendo jovens, pardas e com ensino fundamental incompleto. Essas características são semelhantes às encontradas no estudo realizado por Gonçalves (2011), em que 43,4% situavam se na faixa etária de 20 a 24 anos e 34,0% apresentavam o ensino fundamental incompleto. Segundo Primo (2007) o grau de instrução tem implicações na ocorrência da sífilis no período gestacional, verificando uma maior incidência naquelas que apresentavam um menor grau de instrução.

No que diz respeito ao estado civil, observa-se um predomínio nas mulheres solteiras, similar ao identificado por Mesquita et al (2012) em pesquisa realizada em Sobral no Ceará. Saraceni et al (2005) e Lago et al (2004) identificaram a ocorrência da sífilis gestacional associada a mulheres jovens, menos favorecidas social e economicamente, e com baixo grau de instrução.

Quanto à realização dos testes não treponêmico e treponêmico utilizados para o diagnóstico da doença, a unidade os realizou em todos os casos do estudo. Estes números são alcançados, pois a unidade tem como protocolo estabelecido a realização do teste não treponêmico em todos os atendimentos de pré-natal já na primeira consulta. No caso de positividade desse teste, imediatamente o teste treponêmico ou confirmatório é realizado.

Estes resultados atingidos pelo Hospital da Mãe estão em conformidade, com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que estipulou como meta a ser alcançada para erradicação da sífilis congênita a testagem para sífilis em mais de 90% das gestantes (WHO,2012).

Em relação aos dados clínicos da doença observa se que, o maior percentual de casos foi diagnosticado no terceiro trimestre e alguns casos no período do pós-parto. Em estudo realizado por Leitão (2009) foi observado percentual semelhante de diagnósticos realizados no pós-parto (18,2%). Ressalta-se a importância da realização do diagnóstico o mais precoce possível e também a realização rotineira do teste não treponêmico no momento da internação para parto ou curetagem, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Em relação ao estadiamento ou fase clínica da sífilis, dado importante para determinar a dose de penicilina benzatina a ser empregada no tratamento adequado da doença, não foi possível analisar esta variável devido a sua ausência no prontuário.

Ao avaliar os demais critérios utilizados para classificar como tratamento adequado da sífilis gestacional (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b), verifica-se que a droga utilizada foi a penicilina benzatina na totalidade dos casos. Contudo, quanto ao seu término em relação ao momento do parto, verifica-se que em um número elevado de casos não foram finalizados antes dos 30 dias que antecedem o parto. Esse é o intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero (BRASIL, 2010). Números semelhantes foram encontrados no estudo realizado no Hospital Universitário, localizado em Vitória, onde 66,4% das pacientes não receberam o tratamento adequado para a sífilis gestacional. Portanto, ao ser realizado de forma inadequada tornam essas gravidezes mais vulneráveis à transmissão vertical do *treponema pallidum*, impedindo a sua erradicação (GONÇALVES et al, 2011).

Quanto ás variáveis relacionadas ao tratamento do parceiro, considerado estratégico na erradicação da sífilis congênita, o estudo ficou prejudicado em decorrência do elevado número de prontuários sem essa informação, mas verifica-se um reduzido percentual de parceiros tratados. Gonçalves et al (2011) também identificaram em seu estudo, um percentual reduzido de parceiros tratados (18,87%), bem como no estudo de Soeiro et al (2014), que identificaram o tratamento dos parceiros em 24,1% dos casos. Estes resultados encontrados estão bem distantes de uma das metas estabelecidas pela OMS

para a erradicação da sífilis congênita, que é a identificação e tratamento de mais de 80% dos parceiros de gestantes com sífilis (WHO, 2012).

Neste estudo foi identificado ainda, a existência de 86,1% de sub-registro de notificação no SINAN de sífilis gestacional atendidas no serviço de pré-natal do Hospital da Mãe, percentual esse bem elevado ao estimado para o Brasil pelo Ministério da Saúde em 2005 (Brasil, 2007a) e por Araújo et al (2012), que estimaram para o Brasil em torno de 67,0% de sub-registros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho possibilitaram conhecer tanto o perfil epidemiológico da sífilis gestacional na região dos municípios do estudo, como também as ações desenvolvidas no ambulatório de pré-natal do Hospital da Mãe, unidade de referência na região, para tratamento e acompanhamento da sífilis gestacional.

Da análise dos resultados deste estudo foi identificado que, não diferente de outras regiões do Brasil, a sífilis na gestação apresentou um aumento nos números de casos notificados, no decorrer dos anos de estudo (407 casos em 2011; 560 casos em 2012 e 765 casos em 2013), embora a região tenha uma taxa de prevalência situada abaixo da estimada para a região Sudeste.

A faixa etária de maior frequência foi a de 20 e 24 anos de idade, mas existe um crescimento significativo na faixa etária adolescente. Em relação às demais características biológicas e sociais, observou-se que a doença predominou nas pardas, com ensino fundamental incompleto, embora, nesta última variável, os casos que aparecem em maior número são os ignorados.

Quanto à assistência prestada, uma parcela significativa tem acesso ao serviço de pré-natal e aos exames laboratoriais necessários ao diagnóstico, mas nota-se que, em nenhum dos municípios envolvidos, essa assistência é realizada para suas munícipes em sua totalidade, o que pode contribuir para maiores deslocamentos e dificultar o acesso precoce ao pré-natal.

O diagnóstico vem sendo realizado ainda em um momento que não é o idealmente preconizado pelo Ministério da Saúde, já que em sua grande maioria vem ocorrendo no terceiro trimestre, possibilitando uma maior probabilidade de falhas no tratamento. A avaliação da fase clínica ou estadiamento, que irá definir a dose da medicação a ser empregada, ficou prejudicada em decorrência do elevado número de casos ignorados.

Quanto ao tratamento materno, apesar de constituir um número reduzido, ainda persistem casos de não tratamento ou tratamento com outro tipo de droga, que não a penicilina benzatina. Apesar de serem reduzidos, não há justificativas para esses resultados. Certamente, nesses casos haverá necessidade de um maior tempo de permanência de internação de mãe e feto na unidade hospitalar, para investigação diagnóstica.

Considerado estratégico na erradicação da sífilis, o tratamento do parceiro, face ao elevado número de casos ignorados encontrados, teve sua análise também prejudicada. Porém, aqueles que tiveram acesso ao tratamento, ainda correspondem a um número bastante reduzido, distante das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde. Isso pode mostrar o desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde das diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde para o tratamento adequado da sífilis na gestação.

No que se refere ao Hospital Estadual da Mãe, a unidade apresenta um serviço de pré-natal referenciado a todos os municípios da Baixada Fluminense, inseridos na região Metropolitana I. No período de janeiro a dezembro de 2013, este serviço acompanhou o pré-natal de 36 pacientes com diagnóstico de sífilis gestacional, sendo em sua maioria, pardas, jovens, solteiras, com ensino fundamental incompleto e residentes, principalmente, nos municípios de Mesquita, Nova Iguaçu e São João de Meriti.

Na Unidade, todas as pacientes tiveram acesso aos exames para diagnóstico (teste não treponêmico e treponêmico), sendo rotina a realização do teste treponêmico (confirmatório), em todos os casos, em que o teste não treponêmico apresentar o resultado positivo (independente da titulação).

O momento do diagnóstico ocorreu principalmente no último trimestre e também no pós-parto, momentos esses não tão oportunos para um tratamento adequado, o que pode significar um retardo entre o encaminhamento das secretarias municipais de saúde e o primeiro atendimento na unidade, principalmente naquelas em idade gestacional mais avançada.

O tratamento foi realizado em todos os casos com penicilina benzatina, sendo que três dessas pacientes tiveram os seus tratamentos realizados e finalizados na unidade básica de saúde. Apesar de todas terem sido tratadas com penicilina benzatina, em um grande número de casos, o término não ocorreu antes dos 30 dias que antecedem o parto, que é o período mínimo considerado para o tratamento intra-útero do feto.

Quanto à fase clínica ou estadiamento, a análise ficou prejudicada em decorrência da ausência dessa informação nos prontuários, semelhante ao observado também nas variáveis relacionadas ao tratamento do parceiro. Essas ausências impedem uma melhor análise dessas variáveis, que são consideradas importantes, para fins de vigilância epidemiológica da sífilis.

Diante da análise dos resultados identificados no SINAN e no Hospital da Mãe, este estudo pretende compartilhar os resultados encontrados com os gestores e profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência materno infantil, da secretaria estadual de saúde do RJ, secretarias municipais de saúde da baixada fluminense e do Hospital Estadual da Mãe, visando disponibilizar informações para a tomada de decisões, que permitam as mudanças necessárias, na melhoria do acesso e da qualidade das ações para erradicação da sífilis congênita.

Fato observado é a quantidade de informações declaradas como ignoradas encontradas no SINAN e ausentes nos prontuários do Hospital da Mãe. Outro aspecto importante a ser considerado é a elevada taxa de sub-registros existentes nos casos atendidos no Hospital da Mãe. Não há dúvidas de que todas essas situações geram grandes prejuízos no combate à erradicação da doença, pois dificultam as ações necessárias da vigilância epidemiológica.

Todos esses aspectos apontam para graves falhas de execução e do total desconhecimento da importância desses dados no planejamento das ações da vigilância epidemiológica da sífilis. Há necessidade, portanto de promover a capacitação dos profissionais de saúde, responsáveis pelo preenchimento dessas informações, mostrando a importância da notificação e melhorando a qualidade dessas informações.

Apesar da maioria das pacientes terem acesso ao teste para diagnóstico da sífilis, os dados apresentados são preocupantes, pois tanto no SINAN, quanto no Hospital da Mãe, o diagnóstico vem sendo realizado nos trimestres finais da gestação e com também no pós-parto. Há necessidade de se investir na captação precoce das gestantes, disponibilizando, conforme preconizado pelo programa da Rede Cegonha, o teste rápido para o diagnostico da gravidez e caso positivo, realizar o teste rápido para o diagnostico da sífilis. Através dessas medidas, estará sendo dado a oportunidade de um acesso precoce ao pré-natal e permitindo o diagnóstico e tratamento da sífilis.

Como no Hospital da Mãe há necessidade de um agendamento prévio, realizado pelas secretarias municipais de saúde e o hospital, ocorre um atraso neste atendimento inicial. O próprio hospital pode acordar com as secretarias municipais de saúde, que ao direcionarem as pacientes ao serviço de pré-natal, todas sejam encaminhadas já com o resultado do teste não treponêmico e caso necessário, com tratamento iniciado na própria unidade de saúde. Importante ainda deixar claro, que essas informações devem vir por escrito (cartão do pré-natal ou em documentação oficial). Através dessas medidas, é

possível dar oportunidade a todas as pacientes a um acesso precoce ao pré-natal, permitindo o diagnóstico e tratamento da sífilis.

É necessário entender a pouca ou nenhuma importância dada ao tratamento do parceiro, conforme observado no SINAN e no Hospital da Mãe. Os serviços de saúde devem estimular a presença do parceiro em todas as consultas de pré-natal e havendo a necessidade de seu tratamento, que seja realizado e acompanhado na própria unidade de saúde, independentemente do nível de atenção dessa unidade. O profissional de saúde deve entender que o tratamento do parceiro concomitante à gestante é uma recomendação do Ministério da Saúde.

É necessário o envolvimento de todos os profissionais de saúde e gestores na implementação de um sistema de saúde organizado e de qualidade, que permita a gestante ser atendida precocemente no serviço de pré-natal, juntamente com seu parceiro, onde receberão todas as informações necessárias ao diagnóstico e o tratamento adequado da sífilis gestacional e de outras comorbidades inerentes ao ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

Almeida KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. Revista Brasileira de Análises Clínicas. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. vol. 41(3): 181-184, 2009

Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos Exames de Rotina no Pré-Natal (Parte 1). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 nº3. Rio de Janeiro mar. 2009.

Araújo CL; Shimizu HE; Sousa AIA; Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. Rev. Saúde Pública vol.46 no.3 São Paulo, June 2012.

Araujo EC; Costa KSG; Silva RS; Azevedo VNG; Lima FAZ. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. Rev. Para. Med, mar. 2006, vol.20, nº1, p.47-51.

Avelleira JCR, Botino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-126.

Barbosa DRM; Almeida MG; Costa JR; Almeida DFS. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Maranhão. 2013 (Apresentação de Trabalho/Comunicação). [Acessado em: 20 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/79/2013_79_7890.pdf >.

Blencowe H; Cousens S; Kamb M; Berman S; Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Public Health. 2011;11(Suppl 3):S9.

Brasil. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso. 4ª edição ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; novembro – 2004b (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Brasília; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Caderno nº5. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis – Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Plano Operacional – Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para prevenção da transmissão vertical de HIV e Sífilis – Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6.ª edição. 2.ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2.ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco Manual Técnico. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS. Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015. Brasília; 2011a (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília; 2011d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis – ano 1 – nº1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo das ações de alimentação na Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Campos ALA; Araújo MAL; Melo SP; Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. Cad. Saúde Pública vol.26 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2010.

Carneiro, RG. Dilemas Antropológicos de uma Agenda de Saúde Pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface
(Botucatu) vol.17 nº44 Botucatu Jan./Mar. 2013

Casas RL; Rodríguez M; Rivas J. Sifilis y Embarazo: como diagnosticar y tratar oportunamente? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol 60. nº1: S 49:56, 2009)

Cavalcante AE; Silva MAM; Rodrigues ARM; Netto JJM; Moreira ACA, Goyanna NF. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção Básica em Sobral, Ceará. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2012; 24(4):239-245.

Cavalcanti, PCS. O Modelo Lógico da Rede Cegonha. 2010. 27 f. Monografia (Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília. 2010.

Costa MC; Demarch EB; Azulay DR; Périssé ARS; Dias MFRG; Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An. Bras. Dermatol. vol.85 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2010)

Cunningham, FG; Leveno KJ; Bloom Sl; Hauth JC; Rouse DJ; Spong CY. Willians Obstetrícia. 23ª edição. Rio de Janeiro: Editora Artmed, 2014. 1404pag.

Díaz J. Vigilância epidemiológica de sífilis y gonorrea. Rev. chil. infectol. vol.30 nº.3. Santiago jun. 2013.

Domingues RMSM; Saraceni V; Hartz ZMA; Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública, 2013; 47(1): 147-57.

Domingues RMSM; Szwarcwald CL; Junior PRBS; Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev Saúde Pública 2014;48(5):766-774.

Donalísio MR; Freire JB; Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia e Serviço de Saúde, v16, n3, Brasília, set 2007.

Duarte G. Sífilis e Gravidez ... e a história continua! Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 nº2. Rio de Janeiro. Fev. 2012.

Flores RLR. Sífilis congênita no município de Belém (Pará): análise dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC). Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública,2011.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gestação de Alto Risco. Rio de janeiro. 2011.

Galban E, Benzaken AS. Situacion de la sifilis em 20 paises de latino America y EL caribe. Jornal Brasileiro de doenças Sexualmente Transmissíveis, 2007;19 (Supl,3-4):166-172.

Gonçalves J; Primo CC; Rabbi GMS; Castro DS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde; 2011; 13(2): 49-55.

Guinsburg R; Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria São Paulo, dez, 2008.

Holanda MTCG et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde v.20 n.2 Brasília jun. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acessado em: 11 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj >.

Junior WB. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. An. Bras. Dermatol. vol.84 nº.2. Rio de Janeiro. Mar./Apr. 2009.

Komba MR; Lago EG.Sífilis congênita: notificação e realidade. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007).

Lago EG, Rodrigues L, Fiori RM, Stein AT. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. Sex Transm Dis 2004; 31:33-7.

Leitão EJL; Canedo MCM; Furiatti MF; Oliveira LRS; Diener LS; Lobo MP; Castro MFLM; Barbosa DFS; Silveira JB; Machado FRM; Macedo JLS. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no centro de saúde n.º 2 Samambaia-DF. Com. Ciências Saúde. 2009;20(4):307-314.

Lima MG; Santos RFR; Barbosa GJA; Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.2, pp. 499-506.

Magalhães DMS; Kawaguchi1 IAL; Dias A; Calderon IMP. A sífilis na Gestação e sua Influência na Morbimortalidade Materno-Infantil. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S43-S54, 2011.

Magalhães DMS; Kawaguchi1 IAL; Dias A; Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013.

Mesquita KO; Lima GK; Filgueira AA; Flôr SMC; Freitas CASL; Linhares MSC; Gubert FA. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(1):20-27.

Nascimento MI; Cunha AA; Guimarães EV; Alvarez FS; Oliveira SEM; Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2012.

Neto BG; Soler ZASG; Braile DM; Daher W. A Sífilis no Século XVI- O Impacto de Uma Nova Doença. Arq Ciência Saúde 2009 jul-set; 16(3):127-9.

Newman L; Kamb M; Hawkes S; Gomez G; Say L; Seuc A, Broutet N. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance. Journal.pmed.1001396. Epub 2013 Feb 26. Data. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23468598. Acesso em: 13 de dezembro de 2013.

Oliveira A; Rodrigues AO. Industrialização na periferia da região Metropolitana do Rio de janeiro: Novos Paradigmas para Velhos Problemas. Semestre Económico, volumen 12, Nº 24 (Edición especial), pp. 127-143 -oct. de 2009. Medellín, Colombia).

Oliveira EVL; Filho JAR; Monteiro AA; Pozzeti EMO; Antonio JR. Sífilis secundária com acometimento pulmonar. An Bras Dermatol. 2007;82(2):163-7

Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para Acção. Genebra: OMS; 2008.

Peeling RW; Mabey D, Fitzgerald DW, Watson-Jones D. Avoiding HIV and dying of syphilis. Lancet.2004; 364(9445): 1561-1563.

Pessoa L; Galvão V. Clinical aspects of congenital syphilis with Hutchinson s Triad. BMJ Case Reports 2011; doi:10.1136/bcr.11.2011.5130).

Primo CC; Silva BM; Richa BFC. Sífilis congênita: perfil epidemiológico de um município do Espírito Santo, Brasil. REME – Rev. Min. Enferm.; II(3):285-290, jul/set, 2007.

Rezende J. Tratado de Obstetrícia. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 724 pag.

Rosa ML; Puelles V; Sasieta H; Soto L; Curioso WH. Sífilis Secundaria em um Paciente Viviendo com VIH. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2007; 24(3): 294-99

Rotta O. Diagnostico sorológico da sífilis. An Bras Dermatol. 2005; 80(3):299-302).

Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro,1999-2000. Cad Saude Publica 2003; 19:1341-1349.

Saraceni, V. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita – 2005. [Acessado em: 10 Janeiro 2014]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123737/DLFE1816.pdf/vig_sifilis_e_gravidez.pdf>.

Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2005; 8:419-24. 26.

Saraceni V; Domingues RMSM; Vellozo V; Lauria LM; Dias MA; Ratto KMN; Durovni B. Vigilância da Sífilis na Gravidez. Epidemiologia e Serviço de Saúde, 2007; 16 (Supl.2);103-111.

Saraceni V, Miranda AEM. 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, mar, 2012.

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Estado de Goiás. Boletim Epidemiológico, Goiânia, 2013. [Acessado em 03 janeiro 2015]. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_828_BOLETIMAEPIDEMIOL%C3%93GICOAS%C3%8DFILISA10-09.pdf>.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS - SP. Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes técnicos institucionais. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública vol.42 nº.4. São Paulo, Aug, 2008.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Atualização do Plano Diretor de Regionalização 2012/ 2013. Rio de Janeiro; 2011. [Acessado em: 14 jan. 2014]. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/informes-ao-gestor-regionalizacao/15258-o-processo-de-planejamento-em-saude.html.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais 2013. Rio de Janeiro; 2013.

Serruya SJ; Cecatti JG; Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004.

Silva JLP; Cecatti JG; Serruya SJ. A Qualidade do Pré-Natal no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.27 nº.3 Rio de Janeiro Mar. 2005.

Soeiro CMO; Miranda AE; Saraceni V; Santos MC; Sinesio T; Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):715-723, abr, 2014.

Souza EM. Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum. An. Bras. Dermatol. Vol.80 nº.5. Rio de Janeiro. Sept./Oct. 2005.

Szwarcwald CL; Junior AB, Miranda AE; Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): 128-133.

Teixeira MG; Penna GO; Risi JB; Penna ML; Alvim. MF; Moraes JC; Luna E. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. Inf. Epidemiol. Sus vol.7 no.1 Brasília Mar. 1998.

Valderrama J; Zacarias F; Mazin R. Sífilis Materna y Sífilis Congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(3), 2004: 211-217).

Ximenes IPE; Freitas ERFM; Freiras GL; Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. Rev. Rene. Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set.2008.

Wendel GD. Gestational and congenital syphilis. Clin Perinatol 1988; 15: 287-303

World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva; 2012.

ANEXO

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sífilis Gestacional em Municípios Selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

Pesquisador: Jorge Eduardo de Souza Calás

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31042314.7.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

CEP/ENSP
HORA:
DATA: 17/07/14
RECEBI: (Jorge Calás)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 714.398

Data da Relatoria: 16/07/2014

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas no parecer consubstanciado número 681.742, em 10/06/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado número 681.742, em 10/06/2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no parecer consubstanciado número 681.742, em 10/06/2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado número 681.742, em 10/06/2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme descrito no parecer consubstanciado número 681.742, em 10/06/2014.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequar a avaliação de riscos em todos os documentos pertinentes - PENDÊNCIA ATENDIDA.

Apresentar Termo de Anuência da SES-RJ para utilização de dados no banco de dados do SINAN em base estadual - PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 10 de Julho de 2014

Assinado por:
Mônica Carvalho de Mesquita Werner Wermelinger
(Coordenador)

Mônica Carvalho M. M. Wermelinger
Tecnologista em saúde Pública
Mat. SIAPE: 1556572
DAP/ENSP/FIOCRUZ