

A SÍFILIS CONGÊNITA COMO INDICADOR DA ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL NO ESTADO DE GOIÁS

Congenital Syphilis as an indicator for Prenatal Assistance in the state of Goiás

Ellen Márcia Alves Rezende¹, Nelson Bezerra Barbosa²

RESUMO

A incidência da Sífilis Congênita (SC) no Estado de Goiás persiste como um desafio para a saúde pública, refletindo na qualidade da assistência de Pré-natal. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a SC como indicador da assistência de pré-natal, no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012. A pesquisa foi descritiva, com abordagem quantitativa e de coleta retrospectiva em fontes secundárias: Sistema de Informação do Pré-Natal, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. A amostra populacional da pesquisa incluiu todas as gestantes que realizaram a triagem pré-natal, de acordo com o Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás, e todos os casos de SC diagnosticados e/ou notificados no período. A análise dos resultados encontrados evidencia várias falhas na assistência de pré-natal e nas ações de vigilância em saúde, que favoreceram a incidência da SC, no Estado de Goiás. Caracterizada pela ocorrência da transmissão vertical da sífilis, devido ao tratamento inadequado em gestante, parceiros não tratados e subnotificação de casos existentes. Foram encontrados, no período avaliado, 3.382 casos de sífilis em gestante e 296 casos de SC, apresentados por regiões de saúde. A implementação do planejamento familiar, o aprimoramento da assistência de pré-natal e da vigilância em saúde e a estruturação da educação permanente das equipes de saúde são medidas efetivas para a eliminação da SC no Estado de Goiás.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Assistência de Pré-Natal; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

The incidence of congenital syphilis in the state of Goiás persists as a challenge to public health, reflecting on the quality of prenatal care. The overall goal of this research was to analyze congenital syphilis as an indicator for prenatal care in the State of Goiás in the period from January 2009 to December 2012. It is a descriptive study, using a quantitative approach and retrospective secondary sources: Prenatal Information System, Notifiable Hazards Information System, Information Systems on Live Births and Deaths. The sample population of the study included all pregnant women who underwent prenatal assistance, according to the Pregnancy Protection Program in the State of Goiás, and all cases of congenital syphilis diagnosed and/or reported during the period. The results reveal several failures in prenatal assistance and in the actions of public health surveillance, which promote the incidence of congenital syphilis in the State of Goiás, characterized by the occurrence of vertical transmission of syphilis in pregnant women due to inadequate treatment, untreated partners, and under-reporting of existing cases. During the study period, 3,382 cases of syphilis were found in pregnant women, and 296 cases of congenital syphilis, presented by health region. The implementation of family planning and improvement of prenatal assistance and health surveillance, and improvement of the lifelong continuing education of health professionals, are effective measures for the elimination of congenital syphilis in the state of Goiás.

KEYWORDS: Public Health; Prenatal Care; Health Surveillance.

¹ Enfermeira. Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente (Centro Universitário de Anápolis – Unievangélica). Técnica da SMS de Goiânia.

² Psicólogo, doutor em Saúde Pública (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), gestor público, docente do Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário de Anápolis – Unievangélica. E-mail: nelsonbarbosa@gmail.com.

Artigo baseado em dissertação de mestrado - A Sífilis Congênita como Indicador da Assistência de pré-natal no Estado de Goiás.

INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária.¹ O controle da sífilis em gestante (SG) e da sífilis congênita (SC) representa um grande desafio para a saúde pública, apesar dos avanços já obtidos com a descoberta da penicilina, desde a década de 1940 e a garantia de diagnóstico e tratamento acessíveis e de baixo custo.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado e é garantida, por meio de ações que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação, conforme contemplado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Após essa conquista, a Lei nº 8.080/1990 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado como a maior política de inclusão social do mundo. Constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços.²

A organização do SUS é constituída por níveis de atenção à saúde, que são atenção básica em saúde e atenção de média e alta complexidade. Esses níveis são arranjos organizativos que combinam e articulam ações e serviços de saúde de diferentes complexidades e densidades tecnológicas, com o objetivo de garantir a continuidade e, principalmente, a integralidade da assistência.

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, aprovada pela Portaria nº 648, de 24 de março de 2006, e revisada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.³⁻⁴

Para Starfield,⁵ a atenção básica, ainda que constitua um primeiro nível de atenção e seja essa a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, tem papel de organização e integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado.

Mendes⁶ afirma que uma atenção básica à saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos

e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários.

Atualmente, no âmbito do SUS, a instituição da Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, visa à redução da mortalidade materna e infantil, por meio de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada, durante o pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.⁷

Os elementos essenciais para um pré-natal de qualidade incluem: a realização da primeira consulta pré-natal o mais precoce possível; a garantia de, no mínimo, seis consultas pré-natais, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; a realização de todos os exames laboratoriais preconizados, inclusive, exames para diagnóstico da sífilis, com uma coleta na primeira consulta e outra no terceiro trimestre de gestação.

As estratégias de controle de SC devem garantir que todas as gestantes recebam assistência pré-natal, e a triagem de sífilis seja incluída como rotina a todas as mulheres e aos parceiros. Os casos de sífilis materna e congênita devem ser notificados à vigilância epidemiológica e tratados pelo sistema.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Em mais de 50% das crianças infectadas é assintomática ao nascimento. O surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, ocorre nos primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade.⁸

É preciso ressaltar, portanto, que a ausência de detecção da sífilis durante o pré-natal e ou deficiência da assistência prestada representa uma oportunidade perdida de intervenção na prevenção de complicações na gestação (aborto e malformação congênita), limitando as possibilidades de redução da incidência da SC.

Um único registro de SC pode ser considerado falha da assistência pré-natal e grave erro do sistema de saúde vigente. A eliminação da SC como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento.³

O Brasil tem como meta a eliminação da transmissão vertical da sífilis em menos de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos até 2015. A prevalência de sífilis em parturientes em 2005, no Brasil, foi de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV. Essa prevalência representa cerca de 50 mil gestantes infectadas, uma estimativa de 12 mil

casos de SC e uma taxa de incidência de 1,9 casos por mil nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência⁹ (BRASIL, 2007). Macedo Filho¹⁰ identificou, em seu estudo, uma prevalência de SG de 1,31% no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007.

Dos 6.677 novos casos de SC em menor de 1 ano de idade, notificados em 2010, no Brasil, 2.834 (42,4%) estavam situados na Região Sudeste; 2.257 (33,8%) na Região Nordeste; 643 (9,6%) na Região Sul; 621 (9,3%) na Região Norte; e 322 (4,8%) na Região Centro-Oeste⁹.

Com o intuito de ampliar e melhorar a assistência pré-natal, foi implantado, em setembro de 2003, no Estado de Goiás, o Programa de Proteção à Gestante do Estado (Teste da Mamãe), com o objetivo de transformar, em médio prazo, as estatísticas de morbimortalidade materna e de recém-nascidos em âmbito estadual. Trata-se de uma parceria entre a Secretaria Estadual da Saúde e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae), desenvolvida por meio do Instituto de Diagnóstico e Prevenção (IDP), no qual todas as Secretarias Municipais de Saúde estão inseridas.

O programa proporciona a garantia de realização no pré-natal de exames sorológicos laboratoriais, principalmente o diagnóstico de doenças pelas quais pode ocorrer a transmissão vertical. A investigação sorológica realizada pela triagem pré-natal, de acordo com o Programa de Proteção à Gestante, no Estado de Goiás, objetiva evitar complicações, agravos e, principalmente, a malformação congênita, uma vez que essas ocorrências podem ser transmitidas de mãe para filho, se não houver uma assistência pré-natal satisfatória.

A proposta desta pesquisa, considerando o que foi exposto, teve como questão norteadora: a assistência de pré-natal está sendo efetiva para o controle e a eliminação da SC no Estado de Goiás? O objetivo geral do trabalho foi analisar a incidência da SC como indicador da assistência de pré-natal, no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012. A delimitação do período da pesquisa foi devido à implantação e estruturação do Pacto Pela Saúde que instituiu metas específicas para redução da SC.

Os objetivos específicos foram: avaliar a cobertura da atenção básica em saúde, no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012; avaliar o percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal; analisar o número de casos de sífilis em gestantes, diagnosticados e notificados, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, por região de saúde do estado; analisar o número de casos de sífilis congênita, diagnosticados e notificados, no período de janeiro de 2009 a de-

zembro de 2012 por região de saúde do estado; avaliar o percentual de parceiros tratados.

A análise da incidência da SC no Estado de Goiás visa favorecer a implementação de políticas públicas já existentes e o aprimoramento das ações de assistência à saúde e vigilância em saúde.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Tipologia

Este trabalho refere-se a uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e de coleta retrospectiva, que compreende a análise de dados referentes à incidência da SC no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012.

Segundo Rouquayrol,¹¹ a incidência em epidemiologia traduz a ideia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população, é medida pela frequência absoluta de casos novos relacionados à unidade de intervalo de tempo.

Sendo assim, o cálculo da incidência de SC, no Estado de Goiás, foi feito para cada ano do período proposto, dividindo-se o número de casos de SC em determinado ano pelo número de nascidos vivos no mesmo ano. As incidências serão expressas por 1.000 nascidos vivos. A fonte de dados utilizada sobre a população de nascidos vivos foi a fornecida pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

A coleta de dados da referida pesquisa foi realizada em fontes secundárias. Sabe-se que o material secundário apresenta informações de segunda mão, isso é, retiradas de outras fontes. Seu objetivo é colocar o autor da nova pesquisa diante de informações sobre o assunto de seu interesse. Os dados coletados serão arquivados por cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador e, após esse tempo, serão incinerados.

Locais de coleta da pesquisa

Foram coletados dados de interesse à pesquisa nos arquivos do Instituto de Diagnóstico e Prevenção da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae). O programa abrange, desde novembro de 2004, todos os 246 municípios do Estado de Goiás, com o intuito de realizar a investigação sorológica de nove infecções passíveis de transmissão vertical, entre elas a sífilis.

A coleta dos dados abrangeu também: Datasus (arquivos do MS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento

de Saúde (SCNES), Sistema de Informação do Pré-Natal (Sisprenatal) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), cujas bases de informações estão sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, sob a coordenação da Gerência de Vigilância em Saúde e da Gerência de Atenção Básica em Saúde, na Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Para a realização da avaliação dos dados, foi utilizado o Manual instrutivo de Indicadores de Saúde do Ministério da Saúde.

População de estudo e amostra

O Estado de Goiás, segundo o Censo do IBGE, de 2010, possui uma população de, aproximadamente, 6.003.788, em 246 municípios. É dividido em 17 regiões de saúde: Central, Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Estrada de Ferro, Nordeste I, Nordeste II, Norte, Oeste I, Oeste II, Pirineus, Rio Vermelho, São Patrício, Serra da Mesa, Sudoeste I, Sudoeste II, Sul.

A amostra populacional da pesquisa incluiu gestantes que realizaram a triagem pré-natal, de acordo com o Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás; e pelos casos de sífilis em gestante notificados no Sinan; e também pelos casos de SC diagnosticados e/ou notificados, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012.

Sistematização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados, observando os objetivos específicos do trabalho, que abrangem: a cobertura da ESF no estado; a oferta de consultas/gestante; a frequência e distribuição de casos de sífilis entre gestantes e recém-nascidos; e a quantidade de parceiros tratados. Os dados foram agrupados segundo a distribuição regional destes.

Mediante a análise da incidência de SC e dos casos notificados no Sinan Estadual, foi avaliada a realização de pré-natal dos nascidos vivos com SC, o diagnóstico durante a gravidez e o esquema de tratamento da gestante. Foi avaliado também o percentual de parceiros tratados concomitantes com as gestantes, entre os casos SC notificados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões estão apresentados, por região de saúde do Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, conforme os seguintes objetivos propostos: avaliação da cobertura de equipes de atenção básica em saúde e da assistência de pré-natal com o percentual de nascidos vivos com sete ou mais consul-

tas de pré-natal; análise do número de casos de sífilis em gestantes diagnosticados e notificados e, dos casos notificados, a análise do perfil sociodemográfico, o trimestre de diagnóstico, a classificação clínica e o esquema terapêutico.

Ressalta-se que os dados coletados e analisados apresentam a situação existente na data da consulta aos bancos de dados e estão sujeitos a alterações devido às atualizações dos respectivos Sistemas de Informação.

Cobertura da atenção básica no Estado de Goiás

Entre as prioridades do Pacto pela Vida está o fortalecimento da Atenção Básica, por meio da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para reorientação das (RAS) Redes de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica em Saúde deve ordenar as RAS e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

A avaliação da cobertura da Atenção Básica em Saúde (ABS) no Estado de Goiás é imprescindível para a análise do acesso às ações e aos serviços de saúde ofertados à população pela Estratégia de Saúde da Família, por caracterizar-se como porta de entrada do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

O acolhimento da gestante na atenção básica implica responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.⁴

Especificamente para o controle da sífilis em gestante e da SC, a estruturação da ABS é imprescindível. São atribuições da ABS a realização do diagnóstico precoce da sífilis, o tratamento de gestantes e parceiros, o acompanhamento clínico e laboratorial e a notificação de todos os casos diagnosticados, tendo disponível a penicilina G e outros insumos, conforme Portaria nº 156/MS, de 2006.

A Tabela 1 apresenta o percentual de cobertura populacional por Equipes de Atenção Básica por região de saúde, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012.

Tabela 1 - Percentual de cobertura por equipes de atenção básica nas regiões de saúde do Estado.

Região	2009	2010	2011	2012
Central	89,27	98,67	73,83	63,18
Centro Sul	52,62	52,86	57,26	58,38
Entorno Norte	71,47	74,45	70,62	74,08
Entorno Sul	56,47	54,08	55,60	54,20
Estrada de Ferro	60,72	62,32	64,41	62,80
Nordeste 1	85,17	78,42	80,84	79,94
Nordeste 2	77,14	75,43	80,14	79,12
Norte	65,08	62,28	64,92	62,47
Oeste 1	90,74	91,09	89,83	89,81
Oeste 2	87,22	78,96	78,07	86,17
Pirineus	46,35	56,74	59,41	59,87
Rio Vermelho	84,46	86,03	87,14	86,62
São Patrício	84,25	88,34	81,92	85,82
Serra da Mesa	91,62	93,00	90,94	89,25
Sudoeste 1	62,00	60,52	58,40	59,47
Sudoeste 2	56,91	62,25	61,66	64,43
Sul	73,34	75,06	76,60	76,31

Fonte: Datasus/MS, 2012.¹²

Esta tabela revela disparidades regionais e instabilidade no percentual de cobertura, da cobertura de equipes de atenção à saúde, sendo, na maioria das vezes, em função da rotatividade de profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), o que ocasiona diminuição da cobertura de

atenção básica, principalmente, em regiões de difícil acesso. Isso compromete o vínculo entre equipe e população e, principalmente, o acesso da população aos serviços e à assistência à saúde.

Cobertura da assistência pré-natal no Estado de Goiás

A distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com sete ou mais consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, mede o quantitativo da realização de consultas de pré-natal. Esse quantitativo é influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

A Rede Cegonha, estratégia lançada pelo Governo Federal, é uma proposta constituída por um conjunto de iniciativas que envolve mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, principalmente no favorecimento da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na ABS.

O componente pré-natal proposto pela Rede Cegonha

apresenta as seguintes ações: realização de pré-natal na UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação, classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal, principalmente teste rápido de sífilis; programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva; prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs e sífilis.⁴

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente seis consultas de pré-natal e a continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto dessas ações sobre a saúde materna e perinatal.⁹

É primordial a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanha-

mento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção.

A assistência e o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes devem assegurar o seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus

domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto.⁸

A Tabela 2, apresentando o percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, evidencia que a cobertura das ações de pré-natal está insatisfatória em todas as regiões de saúde e demonstra que houve ainda, diminuição desta cobertura, em análise comparativa dos anos de 2010 e 2011. As regiões com menos de 50% dos nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, no período foram: Nordeste 1, Nordeste 2 e Pirineus, sendo que esta última apresenta uma das menores coberturas de estratégia saúde da família do estado.

Tabela 2 - Percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, por região de saúde, no período de 2009 a 2011.

RS	2009	2010	2011
Central	73,74	78,18	70,88
Centro Sul	70,41	78,50	65,93
Entorno Norte	46,23	53,92	50,13
Entorno Sul	43,91	49,33	56,52
Estrada de Ferro	76,14	76,40	73,23
Nordeste 1	46,03	43,44	48,42
Nordeste 2	47,43	52,10	44,44
Oeste 1	63,66	63,19	57,13
Oeste 2	72,81	75,06	69,21
Norte	64,30	68,44	64,59
Pirineus	48,10	46,38	47,44
Rio Vermelho	96,36	73,94	69,48
São Patrício	66,85	68,89	65,54
Serra da Mesa	67,96	69,10	63,93
Sudoeste 1	70,49	72,05	64,52
Sudoeste 2	69,53	70,57	73,45
Sul	63,23	67,42	65,00

Fonte: Datasus/MS, 2012.¹²

O percentual de consultas de pré-natal realizadas em determinado período e local nos mostra como o acesso a essa ação está sendo promovido, mas não evidencia a qualidade dessa assistência, nem como as inúmeras ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de agravos estão sendo realizadas.

Não foi possível a coleta e análise do percentual de

nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, no ano de 2012, devido à indisponibilidade deste dado no Datasus/MS, no período da pesquisa.

Sífilis em gestantes - casos diagnosticados

A coleta de casos de SG diagnosticada no período

proposto foi feita nos arquivos do Banco de Dados do Instituto de Diagnóstico e Prevenção da Apea-Goiânia e discriminada por Região de Saúde do Estado de Goiás.

No contexto da Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez são primordiais a garantia do acesso ao diagnóstico da sífilis e o tratamento realizado em tempo oportuno na ABS. O diagnóstico oportuno da sífilis, durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical da doença.

A sorologia não treponêmica (VDRL) é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico, e também para

diagnóstico de reinfecção. Ressalte-se que o Programa de Proteção à Gestante, através do Teste da Mamãe, realiza sorologia não treponêmica e sorologia treponêmica, conforme preconiza o MS.¹²

No período avaliado, houve 3.382 casos de sífilis em gestante diagnosticados, conforme apresenta a Tabela 3. Houve aumento anual no número de casos, no período avaliado, refletindo maior acesso das gestantes ao diagnóstico. Mas o volume de casos poderia ser menor se houvesse ações efetivas de planejamento familiar e de educação em saúde à mulher em idade fértil.

Tabela 3 - Número de casos de sífilis em gestante diagnosticados por região de saúde no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro 2012.

RS	2009	2010	2011	2012	Total
Central	200	225	232	256	913
Centro Sul	28	34	45	52	159
Entorno Norte	29	37	38	34	138
Entorno Sul	98	92	109	100	399
Estrada de Ferro	28	35	33	38	134
Nordeste 1	06	08	07	07	28
Nordeste 2	16	06	08	06	36
Norte	21	22	23	21	87
Oeste 1	15	18	14	15	62
Oeste 2	11	11	08	14	44
Pirineus	54	52	49	50	205
Rio Vermelho	31	16	23	39	109
São Patrício	27	25	29	36	117
Serra da Mesa	10	10	08	16	44
Sudoeste 1	133	121	153	156	533
Sudoeste 2	44	49	46	46	185
Sul	37	28	37	57	159
TOTAL	788	789	862	943	3382

Fonte: Banco de Dados do Instituto de Diagnóstico e Prevenção (IDP) – Apea/Goiânia, 2013.¹³

Conforme a Tabela 3, as regionais com o maior número de casos de sífilis em gestante diagnosticados, entre 2009 e 2012 são: Central (913), Sudoeste 1 (533) e Entorno Sul (399). Ressalte-se que a regional de saúde Nordeste 1 corresponde a uma região com menor número de casos de SG diagnosticados no período, sendo a região com menor cobertura de ações de pré-natal. A região Nordeste 2,

também com baixa cobertura de pré-natal no período avaliado, apresentou, também, o menor número de casos de sífilis em gestante diagnosticados, evidenciando dificuldade de acesso das gestantes às ações de pré-natal. Posteriormente, a região Serra da Mesa e Oeste 1 e Oeste 2, com maiores coberturas de equipe de atenção básica, apresentaram menos casos de sífilis em gestante.

Em 2012, houve o maior número de casos de SG diagnosticados, o que pode ser justificado pelas propostas de

atenção à gestante da Rede Cegonha em garantir maior acesso ao diagnóstico da sífilis durante o pré-natal.

Sífilis em Gestante - Casos Notificados no Sinan

A SG é um agravo de notificação compulsória, desde 2005, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. A notificação e a vigilância desse agravo são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical da Sífilis, lançado em 2007.¹

A notificação compulsória é obrigatória aos profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, em conformidade com a Lei nº 6.259, de 30/10/1975, e com as recomendações do Ministério da Saúde.

O critério para definição de caso de SG para fins de vigilância em saúde considera toda gestante que, durante o pré-natal, apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.⁹

A Tabela 4 apresenta o número de SG notificado no Estado de Goiás, no período avaliado e o coeficiente de detecção no período. O coeficiente de detecção da SG representa o número de casos de sífilis detectados em gestantes. O cálculo é realizado pelo número de casos de sífilis detectados em gestantes em determinado ano e local de notificação em relação ao número total de nascidos vivos residentes no mesmo local e no mesmo ano/1000.⁹

Tabela 4 - Número de casos de sífilis em gestantes notificados e coeficiente de detecção em Goiás, no período de 2009 a 2012.

Ano de notificação	Nº de casos de sífilis em gestante notificados/GO	Coeficiente de detecção	Previsão de nascidos vivos de mãe residente/ GO
2009	341	3,9	87485
2010	346	4,0	87476
2011	427	4,8	89742
2012	508	5,7	89742

Fonte: Sinan/GO, 2013.¹⁴

Pode-se observar nesta tabela, um aumento significativo referente ao coeficiente de detecção da SG no período avaliado, evidenciando maior acesso ao diagnóstico desse agravo. Já a Tabela 6, evidencia que as regionais de saúde Central, Centro Sul e Sudoeste 1 foram as regiões com maior número de casos notificados no período avaliado.

Salienta-se que, de um total de 3.382 casos de SG diagnosticados no período de 2009 a 2012, apenas 1.622 foram notificados no Sinan, representando um percentual de 52,04% de casos não notificados, de acordo com a tabela 5.

Tabela 5 - Casos notificados de gestantes com sífilis por região de residência em Goiás, entre 2009 e 2012.

RS	2009	2010	2011	2012	Total dia
Central	80	100	125	144	449
Centro sul	46	46	60	92	244
Entorno norte	05	09	18	10	42
Entorno sul	44	35	35	27	141
Estrada de Ferro	11	10	17	25	63

Nordeste 1	02	07	03	02	14
Nordeste 2	05	03	00	01	09
Norte	06	09	06	10	31
Oeste 1	06	10	03	07	26
Oeste 2	02	06	06	05	19
Pirineus	09	17	37	39	102
Rio Vermelho	08	04	07	10	29
São Patrício	15	12	23	25	75
Serra da Mesa	04	03	02	04	13
Sudoeste 1	63	31	36	35	165
Sudoeste 2	31	35	32	35	133
Sul	04	09	17	37	67
TOTAL	341	346	427	508	1622

Fonte: Sinan/GO, 2013.¹⁴

A subnotificação de casos caracteriza como um dos impasses para o controle deste agravo, evidenciando falhas nas ações de vigilância em saúde, prejudicando o

acompanhamento e, conseqüentemente, favorecendo a ocorrência da transmissão vertical da doença e o aumento da incidência da SC.

Aspectos sociodemográficos dos casos de sífilis em gestantes notificados

Quanto à faixa etária das gestantes notificadas com sífilis, observa-se menor proporção de casos em mães adolescentes. Os casos ocorreram significativamente na faixa etária entre 20 a 39 anos.

Segundo dados de notificação do Sinan, quanto ao perfil social dessas gestantes referente à escolaridade, 0,5% era de analfabetas, 17% cursaram da 5ª à 8ª série in-

completa do Ensino Fundamental e apenas 0,5% tinha o ensino superior completo. Ressalte-se o percentual significativo de 38,7% com informação ignorada, o que comprometeu a análise dos dados.¹⁴

Observa-se significativa disparidade quanto ao perfil sociodemográfico das gestantes, representada pelos anos de escolaridade e pela faixa etária. O baixo índice de escolaridade pode dificultar a adesão ao tratamento e às medidas de prevenção da doença.

Trimestre do diagnóstico dos casos de sífilis em gestante notificados

A transmissão vertical do *Treponema Pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional, no entanto um dos fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical é a duração da exposição do feto no útero.

A realização do diagnóstico precoce é uma das principais medidas para prevenir a transmissão vertical da doença. Como estratégia de redução da SC, o Ministério da Saúde preconiza o teste de sífilis, no início do acompanhamento de pré-natal, sendo um no 1º trimestre da gravidez ou na 1ª consulta de pré-natal e outro no início

do 3º trimestre. Recomenda também a realização do teste no momento da admissão da gestante para o parto.

O diagnóstico dos casos de sífilis em gestante notificados ocorreu de forma tardia. Apenas 23,1% dos casos diagnosticados foram no primeiro trimestre de gestação, evidenciando que o diagnóstico da doença no pré-natal não está sendo realizado precocemente, o que aumenta significativamente a possibilidade da transmissão vertical da doença. Um percentual de 28,1% dos casos da doença diagnosticados em gestantes ocorreu no segundo trimestre. Mais preocupante ainda: 27,0% delas obtiveram o diagnóstico apenas no terceiro trimestre de gestação, refletindo diagnóstico tardio ou infecção no período ges-

tacional. O número de notificação com idade gestacional ignorada foi de 21,8%, o que reflete o registro da informação de forma insatisfatória, comprometendo a análise das informações.⁹

O acesso ao diagnóstico tardio ou a infecção pelo *Treponema Pallidum* está ocorrendo durante a gravidez. A qualidade da assistência à gestante com sífilis é determinada pelo diagnóstico e tratamento o mais precoce possível, considerando que se preconiza a realização do teste rápido de sífilis na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre e na admissão ao parto.

Classificação clínica dos casos de sífilis notificados em gestante

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação, estando, entretanto, na dependência do estágio da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto poderá ser atingido. Em gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas nas fases primárias e secundárias da doença, a taxa de transmissão vertical da doença pode atingir de 70% a 100%.⁸

Foi observado que a maioria das gestantes notificadas com sífilis (40,3%) foi diagnosticada na fase clínica primária da doença, exigindo medidas efetivas de tratamento e acompanhamento para serem evitadas a transmissão vertical e complicações à saúde da gestante, considerando que essa fase clínica é a de maior transmissibilidade.

O percentual de registro ignorado (31,9%) mostra o total de gestantes notificadas que tiveram a classificação clínica da doença não definida, tornando-se informação inconsistente.¹²

Esquema terapêutico nos casos de sífilis em gestante notificados

O tratamento adequado é, sem dúvida, a maneira mais eficaz de se evitarem as consequências que a doença pode causar na saúde da mãe e do concepto. A penicilina continua sendo a droga de escolha para todas as apresentações clínicas da sífilis. Não há relatos consistentes na literatura de resistência treponêmica à droga. O Ministério da Saúde considera inadequado o tratamento à gestante realizado com qualquer outro medicamento que não seja a penicilina. O uso de outro medicamento é fator de risco para ocorrência de SC.⁸

Ressalte-se que, das gestantes notificadas com sífilis, um percentual de 12,6% não realizou tratamento no período avaliado; 5,7% das gestantes realizaram outro esquema de tratamento, diferente do preconizado.¹¹

A ocorrência de tratamento inadequado evidencia falhas referentes à adesão e ao acesso ao tratamento da gestante, uma vez que a portaria GM nº 3.161/2011 estabelece a disponibilidade da penicilina em todas as unidades de saúde do SUS.⁴

Incidência de sífilis congênita por região de saúde no Estado de Goiás

A SC é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.

A Tabela 6 retrata a incidência de SC por região de residência da mãe. Em 2009, foram 74 casos. Já em 2010, houve 77 novos casos. Em 2011, ocorreu um aumento significativo, com 105 casos novos. No primeiro trimestre de 2012, 40 casos novos. O total foi de 296 casos novos de SC no Estado de Goiás no período avaliado.

Os dados apresentados na Tabela 6 foram coletados no banco de dados do Datasus/MS e a base de dados do ano de 2012 referente à incidência da SC ainda não tinha sido concluída. Por isso, os dados são apenas parciais, não podendo os de 2012 serem considerados conclusivos para o ano, representando uma limitação por se basear a pesquisa em fontes secundárias.

O indicador “número de casos de SC” expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades, durante a gestação e também durante o parto. Ao avaliar os resultados, observa-se que as regiões Nordeste 1, Nordeste 2, Norte, Oeste 1, Oeste 2 e Serra da Mesa, no período avaliado, apresentaram menor incidência de SC e também são as regiões com menor número de casos de SG diagnosticados no período.

Ressalta-se a região de saúde Entorno Sul, com 399 casos de sífilis em gestante diagnosticados no período, que apresentou, no período equivalente, 143 casos de sífilis congênita, evidenciando a ocorrência de graves falhas na assistência à saúde e déficit no acesso aos serviços de saúde, sendo, também, com menor percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal.

Incidência de casos de sífilis congênita notificados por regional de saúde no Estado de Goiás

Como a SC pode ser inaparente ao nascimento e o diagnóstico pode ser feito posteriormente, o número de casos confirmados pode sofrer variações ao longo dos anos, com a notificação de anos posteriores. Ainda há a

Tabela 6 - Incidência de sífilis congênita por região de saúde em Goiás, no período de 2009 a 2012.

RS	2009	2010	2011	2012(1º trimestre)	TOTAL
Central	09	05	20	05	39
Centro Sul	04	03	09	04	20
Entorno Norte	04	03	04	00	11
Entorno Sul	35	43	48	17	143
Estrada de Ferro	01	02	03	00	06
Nordeste 1	00	00	00	00	00
Nordeste 2	01	00	00	00	01
Norte	01	00	01	01	03
Oeste 1	00	00	01	00	01
Oeste 2	00	00	01	01	02
Pirineus	08	06	07	03	24
Rio Vermelho	01	00	01	01	03
São Patrício	01	02	01	01	05
Serra da Mesa	00	00	00	00	00
Sudoeste 1	07	02	01	01	11
Sudoeste 2	02	10	07	04	23
Sul	00	01	01	02	04
TOTAL	74	77	105	40	296

Fonte: Datasus, 2012.¹²

possibilidade de subnotificação, portanto, de subestimação da situação epidemiológica real.

No período avaliado, foram notificados no Sinan 194 casos de SC no Estado de Goiás. É necessário esclarecer que devido à incidência da SC, a base de dados do Datasus, referente ao ano 2012, não está concluída e o número de casos de SC notificados no Sinan-GO referente a este período não está atualizado; o número de casos notificados da doença neste período foi maior que o número de casos diagnosticados. Apesar dos resultados refletirem a subestimação da situação epidemiológica da SC no Estado de Goiás, observa-se que a sua taxa de incidência permanece acima da meta proposta pelo MS (< de 1 caso/1000 nascidos vivos). Essa situação nos coloca ainda mais distante do alcance da meta de <de 0,5 caso/1000 de NV proposta pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2015.

Sífilis diagnosticada durante a gravidez

A SC é uma doença que pode ser prevenida, bastando que a infecção seja detectada e a gestante prontamente

tratada durante o pré-natal.

A análise da proporção de nascidos vivos com SC, cujas mães foram diagnosticadas, durante a gravidez, indica que apenas 55,2% delas tiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, evidenciando falhas no acompanhamento, na atenção à gestante e falta de busca ativa às gestantes.

Destaca-se que o percentual de 40,7% das gestantes sem diagnóstico de sífilis, durante o pré-natal comprova a ineficiência da atenção que está sendo prestada e reforça as vulnerabilidades a outros agravos e as intercorrências inerentes ao período gestacional, que poderiam ser evitadas.

Esquema de tratamento da gestante com sífilis

O tratamento materno adequado é todo tratamento completo, ou seja, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.⁸

O tratamento é considerado inadequado para sífilis materna quando:

- for realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;
- for incompleto, mesmo sendo feito com penicilina;
- a instituição ou a finalização de tratamento for nos 30 dias anteriores ao parto;
- o parceiro não for tratado, for tratado inadequadamente ou quando não se dispõe da informação sobre o seu tratamento.⁸

Com relação às mães dos nascidos vivos com SC notificados no Estado de Goiás, observa-se que 9,3% delas tiveram esquema terapêutico adequado, podendo ter ocorrido a reinfeção da doença em razão de o parceiro não ter sido tratado concomitantemente. Quanto ao esquema terapêutico inadequado, ocorreu em 43,3% dos casos no período avaliado, reforçando a persistência da incidência da SC. Outro fator que contribuiu para a ocorrência de SC foi que 32,5% das gestantes com sífilis não realizaram o tratamento.¹¹

Tratamento do parceiro

Para que se rompa a cadeia de transmissão da sífilis, é fundamental que os parceiros sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. Este é um momento delicado do acompanhamento, pois convidar o parceiro para esse serviço implica, muitas vezes, revelar relações eventuais com outros parceiros, entrar em contato com relacionamentos passados, refletir sobre a sexualidade, o uso do preservativo, a ética na relação. Além disso, as pessoas receiam ser identificadas e ter sua intimidade exposta nos serviços de saúde de referência e na comunidade em que vivem e são conhecidas. Esses aspectos geram ansiedade, medo de preconceito, de perder o parceiro e outros conflitos.

Os parceiros de gestantes com sífilis que não atenderem ao chamado para tratamento devem ser objeto de busca ativa consentida, por meio da equipe de vigilância epidemiológica ou saúde da família da área de abrangência de sua residência.⁹

As dificuldades de adesão do parceiro da gestante com sífilis ao tratamento refletem-se nos dados sobre adesão de parceiros ao tratamento, que demonstram que apenas 18% dos parceiros sexuais foram tratados, enquanto 53,6% estão entre os que não foram tratados. Um percentual significativo de informação ignorada dificulta a análise dos dados, caracterizando registros de informações inconsistentes.¹¹ A condição de parceiros não tratados caracteriza tratamento materno inadequado e, por conseguinte, a criança será considerada caso de SC.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso e a qualidade da assistência de pré-natal devem ser garantidos como direitos à cidadania, para assegurar a redução da morbimortalidade materna e neonatal e a prevenção da transmissão vertical de doenças.

Faz-se necessária, portanto, a implementação de ações de planejamento familiar, com orientações para a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da gravidez não planejada, com acesso ao diagnóstico e ao tratamento das DST e à oferta de métodos contraceptivos, assegurando os direitos reprodutivos.

A incidência da SC no Estado de Goiás, no período avaliado, evidenciou a existência de falhas na atenção de pré-natal, mesmo diante de estratégias implantadas para o controle da doença, através do MS. Trata-se, de fato, de um evento sentinela da qualidade da assistência de pré-natal ofertada e pode ser confirmado com os resultados apresentados e discutidos nesta pesquisa, uma vez que a incidência da SC permanece acima das metas propostas para o seu controle, na maioria das regiões de saúde do Estado de Goiás. Tornam-se necessários o aprimoramento das ações já existentes e, principalmente, a educação permanente dos profissionais de saúde.

O acesso ao diagnóstico tardiamente favoreceu a transmissão vertical da sífilis, contrariando os protocolos do MS, que visam garantir testes rápidos para o diagnóstico da sífilis, já na primeira consulta de pré-natal, confirmando captação tardia da gestante para início de pré-natal e evidenciando falhas no acesso e na busca ativa de gestante pela equipe de atenção básica.

Considerando-se a sífilis uma doença milenar, que apresenta métodos de diagnósticos simples e tratamento eficaz e que, com o diagnóstico e tratamento oportuno, é possível a redução da transmissão vertical e da morbimortalidade desse agravo, é inadmissível, após 73 anos da descoberta do esquema terapêutico de tratamento desse agravo, a ocorrência da incidência de SC.

A proporção de tratamento inadequado contribuiu significativamente para o aumento da transmissão vertical da doença e, conseqüentemente, favoreceu a incidência da SC, considerando que todo caso de sífilis em gestante não tratado, inadequadamente tratado ou com parceiro da gestante não tratado concomitantemente constituiu em um novo caso de SC.

É necessário estabelecer estratégias para promover a adesão dos parceiros sexuais às ações de pré-natal e, principalmente conduzir ao diagnóstico e tratamento da sífilis. A disposição sobre a administração da penicilina nas unidades básicas de saúde está prevista em portarias do MS, portanto, não justifica a não realização do tratamento adequado da sífilis.

A situação epidemiológica da SG e da SC está subes-

timada no Estado de Goiás e, simultaneamente, nas regiões de saúde, devido à existência de subnotificação de casos existentes. A subnotificação dos casos compromete as ações de vigilância em saúde e o desenvolvimento de políticas de saúde para o monitoramento da SG e da SC, mesmo sendo a notificação de agravos compulsória e obrigatória em todo o território nacional para qualquer profissional de saúde. Essa inconsistência reforça aos profissionais de saúde a importância do registro de dados corretos e fidedignos, pois serão imprescindíveis para o planejamento e a implementação de ações.

Faz-se necessário, para se conhecer a real situação epidemiológica dos agravos no país e em suas regiões e para o planejamento efetivo das ações, o melhoramento dos sistemas de informação do MS, especificamente o Datasus, o Sinan, o SIM e o Sinasc, tornando-os eficientes e atualizados. Esta foi uma das limitações enfrentadas na coleta de dados desta pesquisa, realizada exclusivamente em fontes secundárias.

Acredita-se que os resultados encontrados referentes à situação epidemiológica da SC evidenciam falhas na assistência de pré-natal e na vigilância em saúde e permitirão a fundamentação para o planejamento de ações estratégicas, com a redefinição de prioridades e a formulação de novas políticas públicas no fortalecimento do SUS; contribuindo, também, para a tomada de decisão dos gestores na alocação de recursos, assegurando o acesso universal, equânime e com integralidade da atenção à saúde, garantindo, assim, o aprimoramento da assistência de pré-natal e a implementação das ações de vigilância em saúde para eliminação da SC como um desafio de saúde pública passível de ser superado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da SC. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [internet]. Brasília: 2009. [Citado 2012 jul. 10]. Disponível em: <www.conass.org.br>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre neces-

sidade, serviços e tecnologia. 2ª. ed. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2004. 726 p.

6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1459, de 24 de Junho de 2011. [Citado 2012 maio 2]. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília; 2007. 120 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis, Ano I, n. 1, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília; 2012.
10. Macedo Filho JV. Prevalência da sífilis em gestante no Estado de Goiás. Triadas pelo Programa de Proteção a Gestantes, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007[dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília/UNB. Mestrado em Ciências da Saúde; 2008.
11. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. Medsi: Rio de Janeiro; 2003.
12. Ministério da Saúde. Datasus. Brasília: 2012. [Citado 2013 março 10]. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.
13. Instituto de Diagnóstico e Prevenção (IDP). Frequência de casos de Sífilis em Goiás, 2012. [Citado 2013 março 30]. Disponível em: <www.apae.org.br>.
14. Ministério da Saúde. Sinan. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: 2013. [Citado 2013 junho 19]. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

Submissão: maio/2014

Aprovação: agosto/2014
