

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PREVALÊNCIA DA SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DE GOIÁS
TRIADAS PELO PROGRAMA DE PROTEÇÃO A GESTANTE
JANEIRO DE 2005 A DEZEMBRO DE 2007**

OSÉ VICENTE DE MACEDO FILHO

Brasília-DF, 2008

JOSÉ VICENTE DE MACEDO FILHO

**PREVALÊNCIA DA SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DE GOIÁS
TRIADAS PELO PROGRAMA DE PROTEÇÃO A GESTANTE
JANEIRO DE 2005 A DEZEMBRO DE 2007**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Diana Lucia Moura Pinho

Brasília-DF, 2008

MACEDO FILHO, José Vicente.

Prevalência da Sífilis em Gestantes no Estado de Goiás triadas pelo Programa de Proteção a Gestante – janeiro de 2005 a dezembro de 2007

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
2008-10-24

Dissertação: Mestre em Ciências da Saúde

- 1 – Sífilis
- 2 – Gestante
- 3 – Prevalência
- 4 – Papel Filtro

- I. Universidade de Brasília
- II. Título

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José Vicente (*in memoriam*) e Rosa, exemplos de honestidade, amizade e carinho.

À minha esposa Ana Lucia, companheira, que tanto me incentivou e ajudou.

Às minhas filhas Liz e Laura, apesar de pequenas, demonstraram paciência e compreensão nessa jornada.

À minha orientadora Prof^a. Dra Diana, que sempre me recebeu com um sorriso.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor nosso Deus, que em todos os momentos
sentimos sua presença.

À minha família que sempre contribuiu de diversas
formas, proporcionando esse momento.

À diretoria, colegas e amigos da APAE de Goiânia, equipe
que proporcionou a esta entidade o brilho que merece.

Aos meus amigos Dr. Albanir Santana, Marinalva Santana
e Dra. Maria Cristina Machado, que me proporcionaram a
oportunidade de trabalhar nesta entidade (APAE de
Goiânia), motivo de grande orgulho.

Ao meu amigo Carlos Augusto que transformou minha
vida profissional e pessoal.

Ao meu amigo Dr. Clidenor Gomes Filho, profissional
coerente e sensato, ao qual sempre recorro aos conselhos e
que muito contribui na nossa rotina profissional.

Aos professores Carlos Alberto Paraguassu Chaves,
Carlos Alberto Bezerra Tomaz, Diana Lucia Moura Pinho,
Pedro Sadi Monteiro, Maria Clotilde Henriques Tavares e
Luis Alberto Simioni.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos.....	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 População de Estudos	24
4.2 Coleta de Dados.....	25
4.3 Análise de Dados	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura de Triagem do PPG por Regional de Saúde em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007	30
Tabela 2 - Prevalência da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007 (/1000).....	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição Geográfica das Regionais de Saúde em Goiás.....	29
Figura 2 - Prevalência da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007 (/1000).....	32
Figura 3 - Prevalência da Sífilis em Gestantes em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007 (/1000).....	33
Figura 4 - Distribuição da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás no ano de 2005	35
Figura 5 - Distribuição da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás no ano de 2006	36
Figura 6 - Distribuição da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás no ano de 2007	37

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Anti-HBc – Anticorpo contra o antígeno do *core* do vírus da Hepatite B

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CDC – Centro para Prevenção e Controle de Doenças

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ELISA – Ensaio Imunoenzimático

FTA-ABs – Teste de Fluorescência do Anticorpo Treponêmico por Absorção

HBsAg – Antígeno da Superfície do Vírus da Hepatite B

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV – Vírus Linfotrófico Humano

IDP – Instituto de Diagnóstico e Prevenção

IgG – Imunoglobulina G

IgM – Imunoglobulina M

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PPG – Programa de Proteção a Gestante

PPGGO – Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás

S&S 903 – Schleicher & Schuell 903

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema de Informação de Pré-natal

SQL – Linguagem Estruturada de Consulta

VDRL – Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas

RESUMO

A vigilância, a assistência e a prevenção constituem a base dos programas de saúde pública e concorre para reforçar que a vigilância da sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema. Os estudos de prevalência são realizados para oferecer subsídios para o fortalecimento das ações de vigilância e assistência. Nesta perspectiva realizou-se um estudo transversal, exploratório e descritivo no Programa de Proteção a Gestante em Goiás, utilizando coleta retrospectiva de dados, compreendendo o período de três anos (janeiro 2005 a dezembro 2007) em gestantes atendidas no Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás (PPGGO). Foram incluídas no estudo as gestantes cadastradas no PPGGO e descartadas aquelas com duplicidade de cadastro, gestantes com material biológico inadequado e fichas com preenchimento incorreto. As amostras de sangue foram coletadas inicialmente em papel filtro S&S 903 e confirmadas posteriormente em soro (VDRL, FTA-Abs, ELISA). Os resultados demonstraram que a prevalência de sífilis em gestantes no período do estudo foi de 1,31%. O número de gestantes triadas em 2005 foi de 62.036 com cobertura de 68% no Estado de Goiás. No ano de 2006 foram triadas 72.946 e a cobertura foi de 80% e em 2007 foram triadas 68.195 e a cobertura foi de 74%. Pode-se observar que das 16 Regionais de Saúde do Estado, 15 apresentaram redução da prevalência de sífilis nos anos em estudo, exceto a Regional Oeste I. A prevalência da sífilis nas 16 Regionais de Saúde variou de menos de 5 até 23 gestantes/1000. Observa-se que após a implantação do Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás, houve redução de 30% da prevalência de sífilis no período do estudo (janeiro 2005 a dezembro 2007). Desta forma pode-se considerar que oferecendo acesso ao diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento se consegue reduzir a prevalência de sífilis. Apesar destes avanços, os níveis de prevalência de sífilis no Estado ainda devem ser melhor trabalhados no sentido de sua redução.

Palavras-chave: Sífilis, gestante, prevalência, papel filtro.

ABSTRACT

The surveillance, care and prevention are bases of the most public health programs and compete to reinforce that surveillance of syphilis in pregnancy is one of the possibilities of solution of this matter. Prevalence studies are made to offer subsidies for the strengthening of surveillance and care actions. From this perspective it was a cross-sectional study, exploratory and descriptive in Pregnant Women Protection Program in Goiás, with data retrospective collection, including the period of three years (January, 2005 to December, 2007) in pregnant women assisted by the Pregnant Women Protection Program of the State of Goiás (PPGO). Pregnant women registered in PPGGO are included in the study; and pregnant women with dual registration, with inappropriate biological material and with files with wrong filling are discarded. Samples were collected initially in filter paper S&R 903 and then confirmed in serum (VDRL, FTA-Abs, ELISA). The results demonstrated that the prevalence of pregnant women syphilis in the period of study was 1,31%. Referred pregnant women number in 2005 was 62.036 with cover state of 68% in the State of Goiás. In 2006's year was referred 72.946 and the cover was 80% and in 2007 was referred 68.195 and cover was 74%. In 16 regional health, 15 had syphilis prevalence reduction in the years of study, unless one regional (West I). Syphilis prevalence in regional health ranged from less than 5 to 23 pregnant women/1000. Observed that after the Pregnant Women Protection Program of the State of Goiás deployment, decreased 30% of syphilis prevalence in the years of the study (January, 2005 to December, 2007). Thus it can be considered that offering diagnosis access, treatment and monitoring you can reduce the syphilis prevalence. Despite these advances, the levels of syphilis prevalence in the State still must be worked best to reduce it.

Key-words: Syphilis, pregnant woman, prevalence, filter paper.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença de distribuição mundial que não respeita confinamento intertropical. Relatos de sua presença na Europa logo após o descobrimento da América, mesclam-se com a sua existência no Velho Continente em período anterior às viagens de Cristóvão Colombo ao Novo Mundo. A sífilis transformou-se em uma pandemia na passagem para o século XVI.

No século XIX o crescimento da endemia sífilítica era preocupante. Em contrapartida a medicina se desenvolvia, e a síntese das primeiras drogas tornava-se realidade [3,23].

Apesar da descoberta da Penicilina na década de 40, tornando mais eficaz o tratamento da sífilis, na década de 80 observou-se seu ressurgimento entre a população geral especialmente os casos de sífilis congênita, tornando um dos mais desafiadores problemas de saúde pública da atualidade.

A sífilis congênita era um evento raro na maioria dos países ricos. Porém tem se observado o reaparecimento em vários países europeus. Na África Sub-Sahariana a sífilis congênita continua como um importante problema de saúde pública [29].

A evolução da epidemia européia de sífilis teve como consequência a elevação da incidência de infecção das mulheres em idade reprodutiva e o aparecimento de casos de sífilis congênita. Este comportamento reflete deficiência no acompanhamento aos cuidados no pré-natal e dos programas de controle de sífilis [20,25].

A transmissão da sífilis se dá de pessoa a pessoa por contato sexual, ocorrendo ainda transmissão através de transfusão de sangue contaminado, pelo contato direto com lesões cutâneo-mucosas infectantes, por via transplacentária para o feto e contaminação deste, via canal de parto.

Em todo mundo, dos 12 milhões de pessoas infectados com sífilis a cada ano, 2 milhões correspondem a mulheres grávidas. Provavelmente 50% dessas gestações poderão culminar em morte fetal ou perinatal, baixo peso ao nascer e recém nascidos com sífilis congênita. Os casos de sífilis congênita são onerosos para o Sistema de Saúde e podem ser prevenidos por meio do rastreio pré-natal e tratamento dos casos identificados.

Na China a sífilis está crescendo e configurando-se em uma epidemia. Os dados nacionais mostram que a incidência aumentou de 1,4 por 100.000 pessoas em 1993 para 32,9 por 100.000 em 1999. Em 2004 a incidência de sífilis ativa foi de 8,7 por 100.000 pessoas.

Estes dados destacam o crescente problema de sífilis na China e ilustra a necessidade de rastreamento eficaz e de programas de controle [30].

Nos Estados Unidos o CDC (*Center for Disease Control and Prevention's*), estabeleceu como meta para o ano de 2000, quatro casos de sífilis por 100.000 pessoas. Na Carolina do Norte a prevalência foi de 18,6 casos por 100.000 e na Carolina do Sul foi de 21,4 por 100.000 enquanto que a média nacional era de 11,2 por 100.000 [4,16,28].

No Canadá foi estipulado como meta para controle de sífilis 0,5 por 100.000 habitantes para o ano de 1996, no entanto, no ano seguinte relatou-se um surto infeccioso em - *Vancouver*. Entre 1996 e 2006 Alberta experimentou um progressivo aumento de casos de sífilis, partindo de 0 para 6,5 por 100.000 em 2006 [26].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países subdesenvolvidos 10 a 15% das gestantes seriam portadoras de Sífilis. No Brasil cerca de 3,5% das gestantes são portadoras da doença, havendo um risco de transmissão vertical em torno de 50 a 85% e taxa de mortalidade perinatal de até 40% [14].

A manutenção desses índices é, segundo Lorenzi, o baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, sobretudo a falta de assistência no pré-natal [14].

Diante desse panorama, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM n.569, de 10/06/2000, e considerando as necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que tem como objetivo:

- concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal;
- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e
- ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Tendo em vista a necessidade de melhoria na assistência do pré-natal, foi implantado no Estado de Goiás em Setembro de 2003 o Programa de Proteção à Gestante, carinhosamente

conhecido como “Teste da Mamãe”. É uma parceria da Secretaria Estadual da Saúde e APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia, através de seu laboratório IDP – Instituto de Diagnóstico e Prevenção, da qual participam todas as Secretarias Municipais de Saúde. Trata-se de um programa que amplia no pré-natal o número de exames laboratoriais (Toxoplasmose IgG e IgM, Rubéola IgG e IgM, Citomegalovirus IgG e IgM, HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV, HIV1/2, Chagas, HTLV1/2, Sífilis), assim como a orientação médica e psicológica e encaminhamento para os centros de referência daqueles casos considerados alterados/confirmados, proporcionando às gestantes de qualquer parte do Estado o acesso universal ao pré-natal.

Neste programa o acompanhamento é realizado em duas fases: a *primeira fase* ocorre quando a gestante inicia o pré-natal e são realizados os 13 (treze) exames acima, e a *segunda fase* em torno de 28 (vinte oito) semanas de gestação, quando são realizados novamente 2 (dois) exames: Sífilis e HIV1/2.

A portaria n. 33, de 14 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, inclui a sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória e tem como objetivos, controlar a transmissão vertical do *T.pallidum* e acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle.

Em estudo realizado em 2004 no Brasil, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes e cerca de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Esses dados demonstram ainda um insuficiente controle do agravo em todo território nacional [6].

Em Goiás no ano de 2005 foram notificados 506 casos de sífilis, sendo 456 casos (90%) na idade de 15 a 49 anos de ambos os sexos e 327 (64,6%) eram mulheres. No ano de 2006 esse total foi de 544 casos, com 499 (91,7%) entre 15 e 49 anos e 415 (76,3%) eram mulheres [8].

A tríade vigilância-assistência-prevenção, base da maioria dos programas de Saúde Pública, concorre para reforçar a tese de que a vigilância da sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema. As intervenções – triagem laboratorial e tratamento – permitem a prevenção do caso de Sífilis Congênita e encontra-se entronizadas na assistência pré-natal [24].

Nesse cenário, o PPGGO tem como princípio básico facilitar o acesso da gestante ao pré-natal; considerando que o PPGGO está inserido em todas as Unidades de Saúde Públicas e PSF's, com essa forma fácil, rápida e cômoda, tornou-se mais atraente para a gestante fazer seu pré-natal. A coleta é realizada através de uma punção digital e preenchendo 6 (seis) círculos no papel filtro S&S 903 e enviada via correios para o laboratório de referência (IDP APAE de Goiânia).

O Estado de Goiás está localizado na região Centro-Oeste, possui 246 municípios agrupados em 16 Regionais de Saúde, com uma população superior a 5 milhões. A população de gestantes é cerca de 91.556/ano [8], das quais 85% utilizam a rede pública de saúde.

Dos 246 municípios goianos, apenas 88 (35,7%) possuem laboratório clínico da rede pública, colocando em evidência a dificuldade do acesso ao diagnóstico.

A sífilis em gestantes é definida como: gestantes que durante o pré-natal apresentem evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado [5].

A triagem inicial da sífilis no PPGGO é realizada pelo método de ELISA em Eluato de papel filtro, pesquisando anticorpos da classe IgG e IgM, portanto detectando todos os estágios da sífilis, isto é, primária, secundária e terciária e confirmado por VDRL e FTA-ABs, desta forma, o PPGGO concretiza a busca ativa das gestantes, identificando aquelas que necessitam de tratamento.

Durante cinco anos de existência do Programa de Proteção a Gestante foram triadas mais de 295.000 gestantes. Nos anos de 2005, 2006 e 2007 foram triadas 62.036 (68%), 72.946 (80%) e 68.195 (74%) gestantes respectivamente. Porém durante esse período ainda não foi realizado estudo no sentido de analisar o alcance do PPG no Estado como: a prevalência e a cobertura. Os estudos de prevalência são realizados para oferecer subsídios para o fortalecimento das ações de vigilância, proteção e assistência a gestante.

Dessa forma o presente estudo ao analisar a prevalência de sífilis no Estado de Goiás, diagnosticado pelo Programa de Proteção a Gestante contribui para a avaliação do mesmo, mas sobretudo para o acompanhamento e proteção da gestante no Estado.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar a prevalência da Sífilis em Gestantes no Estado de Goiás no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007.

2.2. Específicos

- Identificar o quantitativo de gestantes triadas no Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás no período de 2005, 2006 e 2007;
- Verificar a cobertura do Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás por Regional de Saúde;
- Identificar a distribuição da sífilis no Estado de Goiás por Regional de Saúde.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Três treponemas patogênicos infectam o homem – *Treponema pallidum*, *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia e *Treponema carateum*, responsável pela pinta. O *Treponema pallidum* é causa da sífilis e é o mais importante e o mais bem estudado de todos os treponemas [17].

O *Treponema pallidum* é um organismo fino, espiraliforme (10 a 20 voltas), medindo 6 a 16 µm de comprimento mas apenas 0,2 µm de largura e possui a forma de “saca-rolhas”. Possui uma parede celular dupla e uma camada externa que contém receptores para uma grande variedade de membranas do hospedeiro para os quais elas aderem e dos quais ela é capaz de adquirir as proteínas do hospedeiro durante a infecção [11].

A história natural da doença mostra a evolução que alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). A sífilis divide-se ainda em sífilis recente (diagnóstico realizado em até um ano da infecção) e sífilis tardia (diagnóstico realizado após um ano de infecção)[3].

A sífilis primária possui um período de incubação de 10 a 90 dias (média de 3 semanas)[17], caracterizando-se inicialmente por uma pápula de cor rósea que evolui para um vermelho mais intenso com exulceração não dolorosa e única (cancro). O cancro geralmente tem localização genital em 90 a 95% dos casos, normalmente cicatriza em 3 a 12 semanas com ou sem terapêutica. Em cerca de 50% das mulheres e 30% dos homens as lesões primárias nunca se desenvolvem ou não são detectadas [3].

O estágio primário da sífilis com a sua espiroquetemia precoce é caracterizado pela ausência de sinais e sintomas sistêmicos [17].

Surgem algumas semanas após a sífilis primária ter deixado de se manifestar e caracteriza por um quadro tipo gripal (dores de cabeça, dores de garganta, febre baixa, aumento dos gânglios em várias regiões do corpo), podendo também aparecer queda de cabelos e sobrancelhas.

O estágio secundário é caracterizado por lesões mucocutâneas disseminadas que se distribuem por todo corpo, incluindo as membranas mucosas da cavidade oral e regiões palmo-plantares [17]. O acometimento das regiões palmares e plantares é bem característico

com descamação intensa adquirindo aspecto psoriforme. Na face, as pápulas tendem a agrupar-se em volta do nariz e da boca, simulando dermatite seborréica [3].

Após um período de semanas ou meses as alterações de sífilis secundária saram espontaneamente e o indivíduo entra na fase latente da doença. Nesse estágio, os testes sorológicos, os testes antitreponema são quase sempre positivos [17].

Cerca de um terço de indivíduos portadores de sífilis não tratadas desenvolverão sífilis terciária, sífilis cardiovascular ou neurosífilis.

Na sífilis terciária as lesões normalmente são solitárias ou em pequeno número, ocorrendo em qualquer órgão ou tecido do corpo. A lesão (goma) varia em tamanho desde proporções microscópicas até 10 cm de diâmetro e possuem bordas bem marcadas. Os testes sorológicos normalmente são positivos.

A sífilis cardiovascular normalmente surge após 10 a 30 anos da primo infecção não tratada ou mal tratada. O acometimento mais comum é a aortite assintomática (70%)[3], podendo levar ao aneurisma, regurgitação aórtica e angina pectoris.

A neurosífilis é uma manifestação tardia que pode ser assintomática ou sintomática. A neurosífilis assintomática é definida como alterações do LCR (Líquido Cefalorraquidiano) na ausência de sinais ou sintomas neurológicos, podendo nunca se manifestar.

As manifestações da neurosífilis sintomáticas são muito variáveis e dependem do envolvimento meningovascular ou parenquimatoso, progredindo para tabes dorsalis, paralisia geral, ataxia e artrite destrutiva e degenerativa do joelho (articulação de Charcot).

O contato sexual é o modo mais comum de transmissão, embora as secreções contaminadas possam transferir a doença após o contato íntimo. É uma doença multifacetada, com sérias implicações para a mulher grávida e seu conceito. Quando adquirida durante a gravidez pode levar a abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos a saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais [18].

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. Quanto mais recente a infecção, mais possibilidade de envolvimento do feto e maior probabilidade de transmissão da doença. A taxa de transmissão é de 70 a 100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia. Há possibilidade de transmissão direta do *Treponema pallidum* por meio do contato feito pelo canal de parto, se houver lesões genitais materna [6].

A maioria das mulheres com infecção de sífilis inferior a um ano, transmitirão infecção ao feto. Embora a infecção normalmente possa ser transmitida somente a partir de

nove semanas de gestação, a transmissão tem usualmente lugar entre a 16^a e a 28^a semana de gravidez. A probabilidade está diretamente relacionada com a fase de sífilis materna durante a gravidez, ou a fase de gravidez quando a infecção é adquirida.

Como a infecção da sífilis pode levar de 10 a 45 dias para ser detectada por meio de análise de sangue, um teste negativo inicial não garante ausência de infecção. As mulheres grávidas que apresentem o primeiro teste negativo devem ser sujeitas a novo teste mais tarde ou no parto, idealmente entre a 28^a e 30^a semana [7,15].

A sífilis congênita é uma doença grave mas evitável, que pode ser eliminada com detecção eficaz em mulheres grávidas e tratamento das infectadas. Há mais recém nascidos afectados por sífilis congênita do que qualquer outra afecção neonatal, incluindo pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tétano, que atualmente estão a receber atenção mundial. Contudo, o fardo da sífilis congênita ainda é subestimado tanto a nível internacional como nacional. Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congênita pode realmente ser evitada com diagnóstico e tratamento das mulheres grávidas, o que também oferece benefícios imediatos para a mãe e permite que se detecte e se ofereça tratamento a parceiros potencialmente infectados, para evitar uma possível reinfecção na gestante. O desenrolar da infecção materna não parece ser alterado pela gravidez. [15].

Sífilis Congênita Precoce surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação criteriosa da situação materna e de avaliações clínico-laboratoriais, pois mais da metade das crianças ao nascer são assintomáticas e nas sintomáticas os sinais podem ser discretos ou pouco expressivo, pois a prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, icterícia, anemia, petéquias, púrpura, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite, são algumas das alterações inespecíficas dessa síndrome [5].

Sífilis Congênita Tardia surge após o segundo ano de vida e as lesões são irreversíveis. Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. As principais características dessa síndrome são: tibia em “Lamina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em amora, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado [5].

Óbito Fetal por Sífilis é todo feto morto após 22 semanas de gestação com peso maior ou igual a 500 gramas cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

Aborto por Sífilis é toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação com peso menor a 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada [5].

O objetivo global para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública pode ser conseguido com redução da prevalência de sífilis em mulheres grávidas e prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. A estratégia da OMS para a eliminação da sífilis congênita apóia-se em quatro esteios:

- 1- Assegurar empenho político e promoção sustentáveis;
- 2- Aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantis. Assegurar que todas as mulheres grávidas façam a detecção e sejam devidamente tratadas, e diminuir a frequência de oportunidades perdidas de detecção fora do âmbito de cuidados de saúde destinados a mães e recém-nascidos;
- 3- Identificar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros. Os testes de diagnósticos da sífilis atualmente disponíveis são eficazes, de custo acessível e exigem o mínimo de apoio logístico. Todas as mulheres infectadas e seus parceiros devem ser tratados, assim como os recém-nascidos de mães infectadas e não tratadas durante a gravidez;
- 4- Estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação. Melhorar o sistema de vigilância, desenvolver indicadores e reforçar os sistemas de monitorização e avaliação.

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré natal e parto; porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer [6].

A melhor e mais efetiva maneira de controle da sífilis congênita consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada com a captação precoce da gestante para o início do pré-natal, realização de no mínimo seis consultas com atenção integral qualificada, realização da pesquisa de sífilis no primeiro trimestre de gestação, idealmente na primeira consulta e de um segundo teste em torno da 28 a 30 semanas de gestação, com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimento); instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s)

parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica; documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante; notificação dos casos de sífilis congênita [6].

Para aproximar a intenção do gesto, a ampliação do acesso e a qualificação da assistência pré-natal são as respostas. No Brasil, mais de 70% das mães de bebês notificados como casos de sífilis congênita frequentaram o pré-natal; por diferentes motivos, entretanto, foram perdidas as oportunidades do diagnóstico e tratamento adequado dessas mulheres enquanto gestantes. Apenas o tratamento materno - durante a gestação - pode impedir os desfechos letais da sífilis na gravidez, embora não seja efetivo para todos os casos [21,22].

Por acreditar nessa premissa, a Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Goiás implantou a partir de setembro de 2003 o Programa de Proteção a Gestante do Estado.

Este programa é uma parceria da Secretaria Estadual da Saúde com a APAE de Goiânia e demais Secretarias Municipais da Saúde.

A triagem pré-natal de doenças passíveis de transmissão vertical é uma prática já consolidada e com resultados positivos reconhecidos internacionalmente. O Ministério da Saúde no Brasil adota como obrigatória a triagem de sífilis e HIV/AIDS como protocolo mínimo e recomenda que Estados e Municípios agreguem a este protocolo as doenças mais prevalentes em seu meio, tendo em vista as condições epidemiológicas e facilidades técnicas.

Está demonstrado que a cobertura de consultas de pré natal foi bastante ampliada desde a implantação do SUS. No entanto, o acesso das gestantes aos exames de laboratório continua muito difícil, sobretudo nos pequenos municípios, nas zonas rurais e nas periferias das grandes cidades.

As Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE's) têm uma reconhecida experiência de triagem em papel filtro para hipotireoidismo congênito e outras doenças há mais de 20 anos. Com o desenvolvimento de metodologias adequadas para a triagem de diversas doenças transmissíveis, a APAE de Goiânia disponibilizou para o SUS a triagem pré natal de um leque de patologias prevalentes no Brasil.

O programa de triagem pré-natal ampliado consiste na utilização de amostras de sangue seco em papel filtro, coletadas sem necessidade de jejum (o que permite a coleta imediatamente após a consulta). As amostras (seis gotas de sangue periférico) são colocadas para secar em temperatura ambiente num intervalo de 60 a 90 minutos e encaminhadas pelos correios em envelopes pré-selados.

O papel utilizado para coleta está anexado a formulário que contem os dados de identificação e de antecedentes obstétricos da gestante e do posto de coleta, além do consentimento na realização dos exames.

No laboratório o sangue é submetido a processo de eluição e testado em equipamentos automatizados que utilizam o método de ELISA como triagem inicial. Todos os casos não negativos são depois confirmados em amostra de soro ou sangue total com a técnica sorológica padrão para cada doença. Desta forma, podem ser facilmente determinados parâmetros de qualidade.

Os resultados são encaminhados por correios para o posto de coleta/unidade de assistência pré-natal, com copia para ser anexada ao prontuário da gestante e protocolo de recebimento.

Relatórios detalhados são remetidos mensalmente para a Vigilância Epidemiológica ou Gestores Municipais. Tais relatórios permitem o acompanhamento das notificações compulsórias e da assistência à gestante e ao neonato.

Àqueles municípios que não têm especialistas para o tratamento das patologias diagnosticadas, são oferecidos profissionais para esse atendimento (ginecologista, infectologista, pediatra e psicólogos), sem custo algum para as gestantes.

Após o nascimento do bebê, em torno de quarenta dias e para algumas patologias até um ano, estes deverão fazer pesquisa para verificar se houve transmissão vertical e o devido tratamento.

Vários tipos de provas sorológicas são utilizados atualmente para possibilitar o diagnóstico da sífilis. Constituem exames bastante utilizados para identificação da doença em pessoas que estão na fase aguda ou crônica da patologia. Atualmente os testes mais realizados são os não-treponêmicos (VDRL) e os treponêmicos (FTA-ABs, hemaglutinação indireta e ELISA)[12].

Os testes não-treponêmicos detectam anticorpos a antígenos reagínicos que se encontram tanto no *T.pallidum* como em certos tecidos humanos. Assim não são específicos para sífilis. Quando um teste não-treponêmico for resultado positivo, o soro é novamente submetido a um teste treponêmico, exemplos incluem ELISA e FTA-ABs. Estudos mostram uma grande variação na interpretação de resultados de testes não-treponêmicos pois sua leitura é subjetiva e depende da interpretação por técnicos de laboratório, enquanto os testes treponêmicos a sua interpretação é objetiva.

Os serviços de saúde para mães e recém-nascidos representam muitas vezes a única oportunidade de detecção da sífilis (e outras infecções) em mulheres grávidas. Assim, o

acesso, a utilização e qualidade desses serviços são vitais para o êxito dos programas de prevenção. Segundo a OMS, a cobertura dos serviços de saúde para mães e recém-nascidos varia de 24 a 100%. Contudo, a qualidade dos serviços (pessoal, disponibilidade de medicamentos, equipamento) pode ser mais importante que o acesso.

4. METODOLOGIA

Este é um estudo com características descritivas, do tipo quantitativo, com coleta retrospectiva de dados constantes nos Sistemas de Processamento Dados e Estatísticas do IDP – Instituto de Diagnóstico e Prevenção da APAE de Goiânia-GO, compreendendo o período de três anos (janeiro 2005 a dezembro 2007) em gestantes atendidas no PPGGO (Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás).

O PPGGO realiza a triagem de nove doenças infecciosas com potencial de transmissão vertical (HIV, Hepatites B e C, Chagas, Citomegalovirus, HTLV, Rubéola, Sífilis e Toxoplasmose) através de exames realizados em eluato de gotas de sangue coletadas em papel filtro S&S 903 (Schleicher & Schuell 903).

4.1. População de Estudo

Todas as gestantes triadas pelo Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás no período de janeiro 2005 a dezembro 2007.

Crítérios de Inclusão: Foram incluídos no estudo, todas as gestantes cadastradas na primeira fase do PPGGO.

Crítérios de Exclusão: Como critério de exclusão foi considerado, gestantes com duplicidade de cadastro, gestantes que as amostras não eluíram e aquelas fichas com preenchimento incorreto.

Por se tratar de um estudo retrospectivo com utilização do banco de dados secundários disponibilizados pelo IDP APAE de Goiânia, não infringe os aspectos éticos vigentes, estando em consonância com a resolução 196/96 e Complementares do CONEP/MS, e seguiu a tramitação determinada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Para a execução do projeto de pesquisa foi solicitado autorização da presidência da APAE de Goiânia para manipulação do banco de dados secundário.

Foi solicitado a dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de um estudo com manuseio somente do banco de dados secundário.

4.2. Coleta de Dados

Para realização desse estudo o banco de dados foi gerado a partir de consulta SQL(Linguagem Estruturada de Consulta) com as variáveis: nome da gestante, data da coleta, tipo de exame realizado, município, posto de coleta, regional de saúde e exames confirmatórios, constante do Banco de Dados do PPGGO em formato InterBase 7.1., extraído do banco de dados da APAE de Goiânia, no período de janeiro 2005 a dezembro 2007.

O uso dos dados do IDP APAE de Goiânia, foi gentilmente autorizado pela diretoria desta instituição (Anexo) e autorização da SPAIS – Superintendência de Políticas de Atenção Integral a Saúde (Secretaria Estadual da Saúde).

4.3. Análise dos Dados

A partir dos dados brutos foi realizada conferência plena em relação à presença de nomes repetidos pertinente a todas as mulheres que participaram da triagem entre 2005, 2006 e 2007, bem como da possível presença de cidades em mais de uma regional. Somente a partir desta conferência inicial é que foram realizados os cálculos de prevalência por regional dentro de cada ano da triagem e apresentados na forma de mapas, gráficos e tabelas, quanto aos valores de triagem e prevalência. Todos os cálculos foram implementados no *Software Excel*. Os mapas foram confeccionados utilizando o modelo *Paint* do *Windows*. Após definir a escala dos intervalos, ou seja, a distribuição de frequência e critério de cores no Excel, os mapas foram preenchidos com as cores de acordo com a escala de valores para cada regional e em cada ano. O módulo *Paint* do *Windows*, permite que cada regional seja colorida de acordo com a prevalência calculada em cada ano.

$$\text{PREVALÊNCIA} = \frac{\text{número de pessoas com evento de interesse}}{\text{População sob risco de apresentar o evento de interesse em determinado tempo}} \times \text{fator (1000, 100000)}$$

Estes resultados são apresentados no capítulo que se segue.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás realizou triagem de 203.177 gestantes no período de janeiro 2005 a dezembro 2007, identificando 2670 (1,31%) casos de sífilis em gestantes, enquanto a estimativa da prevalência global entre mulheres grávidas é 3,1%.

Segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (2003)[15] sobre prevalência de sífilis materna no período entre 1997-2003, foi encontrado em Regiões da África, como África do Sul 1,68% do universo de 18.790 mulheres, Camarões 1,30% do universo de 1.201 mulheres, Malawi 3,67% do universo de 32.752 mulheres, Senegal 8,40% do universo de 271 mulheres, Uganda 6,49% do universo de 2.379 mulheres; nas Américas, Argentina 1,61% do universo de 1.056 mulheres, Haiti 5,75% do universo de 7.710 mulheres, Brasil 2,15% do universo de 4.203 mulheres. Dados da OPAS (2002)[27], apontam variação de 1% no Peru até 6,21% no Paraguai. No Brasil cerca de 3,5% das gestantes são portadoras da doença [14]. Em países da Ásia [15] como Bangladesh 2,57% do universo de 508 mulheres, Índia 1,00% do universo de 600 mulheres; na Europa, Finlândia 1,50% do universo de 59.112 mulheres; no Mediterrâneo Oriental, Sudão 1,50% do universo de 800 mulheres. Vale ressaltar que foram citados apenas 1 (um) estudo para obtenção dos dados de Camarões e Senegal, segundo OMS (2003)[15].

A prevalência em Goiás (1,31%) aproxima-se de países como Camarões (1,30%), Finlândia (1,50%), Sudão (1,50%), está bem abaixo de países como Haiti (5,75%), Uganda (6,49%) [15] e Paraguai (6,21%) [27] e superior à Índia (1,00%)[15] e Peru (1,00%) [27].

Estado de Goiás é composto por 246 municípios e agrupados em 16 Regionais de Saúde:

- 1- NORTE: Bonópolis, Campinaçu, Estrela do Norte, Formoso, Minaçu, Montividiu do Norte, Mundo Novo, Mutunópolis, Novo Planalto, Porangatu, Santa Teresa de Goiás, São Miguel do Araguaia e Trombas;
- 2- NORDESTE: Alto Paraíso de Goiás, Campos Belos, Cavalcante, Divinópolis de Goiás, Monte Alegre de Goiás, São Domingos e Teresina de Goiás;

- 3- SERRA DA MESA: Alto Horizonte, Amaralina, Campinorte, Colinas do Sul, Hidrolina, Mara Rosa, Niquelândia, Nova Iguaçu de Goiás e Uruaçu;
- 4- ENTORNO NORTE: Água Fria de Goiás, Alvorada do Norte, Buritinópolis, Cabeceiras, Damianópolis, Flores de Goiás, Formosa, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambaí, Nova Roma, Planaltina, Posse, São João d'Aliança, Simolândia, Sítio d'Abadia e Vila Boa;
- 5- RIO VERMELHO: Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraíta, Heitorai, Itaberaí, Itaguari, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás;
- 6- SÃO PATRÍCIO: Barro Alto, Campos Verdes, Carmo do Rio Verde, Ceres, Crixás, Goianésia, Guarinos, Ipiranga de Goiás, Itaguaru, Itapaci, Jaraguá, Morro Agudo de Goiás, Nova América, Nova Glória, Pilar de Goiás, Rialma, Rianópolis, Rubiataba, Santa Isabel, Santa Rita do Novo Destino, Santa Terezinha de Goiás, São Luiz do Norte, São Patrício, Uirapuru, Uruana e Vila Propício;
- 7- PIRINEUS: Abadiânia, Alexânia, Anápolis, Campo Limpo de Goiás, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Gameleira de Goiás, Goianápolis, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Pirenópolis e Terezópolis de Goiás;
- 8- OESTE I: Amarinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá, Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhas;
- 9- OESTE II: Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna, Sanclerlândia, São João da Paraúna, São Luis de Montes Belos e Turvânia;
- 10- CENTRAL: Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Caturaí, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapo, Inhumas, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Santa

Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antonio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás e Trindade;

11- CENTRO SUL: Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Caldazinha, Cezarina, Cristianópolis, Cromínia, Edealina, Edéia, Hidrolândia, Indiara, Jandaia, Leopoldo de Bulhões, Mairipotaba, Orizona, Piracanjuba, Pontalina, Professor Jamil, São Miguel do Passa Quatro, Senador Canedo, Silvânia, Varjão, Vianópolis e Vicentinópolis;

12- ENTORNO SUL: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto e Valparaíso de Goiás;

13- SUDOESTE I: Acreúna, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Caçu, Castelândia, Itajá, Itarumã, Lagoa Santa, Maurilândia, Montividiu, Paranaiguara, Quirinópolis, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Santo Antônio da Barra, São Simão e Turvelândia;

14- SUDOESTE II: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia e Serranópolis;

15- SUL: Água Limpa, Aloândia, Bom Jesus de Goiás, Buriti Alegre, Cachoeira Dourada, Goiatuba, Gouvelândia, Inaciolândia, Itumbiara, Joviânia, Morrinhos, Panamá e Porteirão.

16- ESTRADA DE FERRO: Ananguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutá;

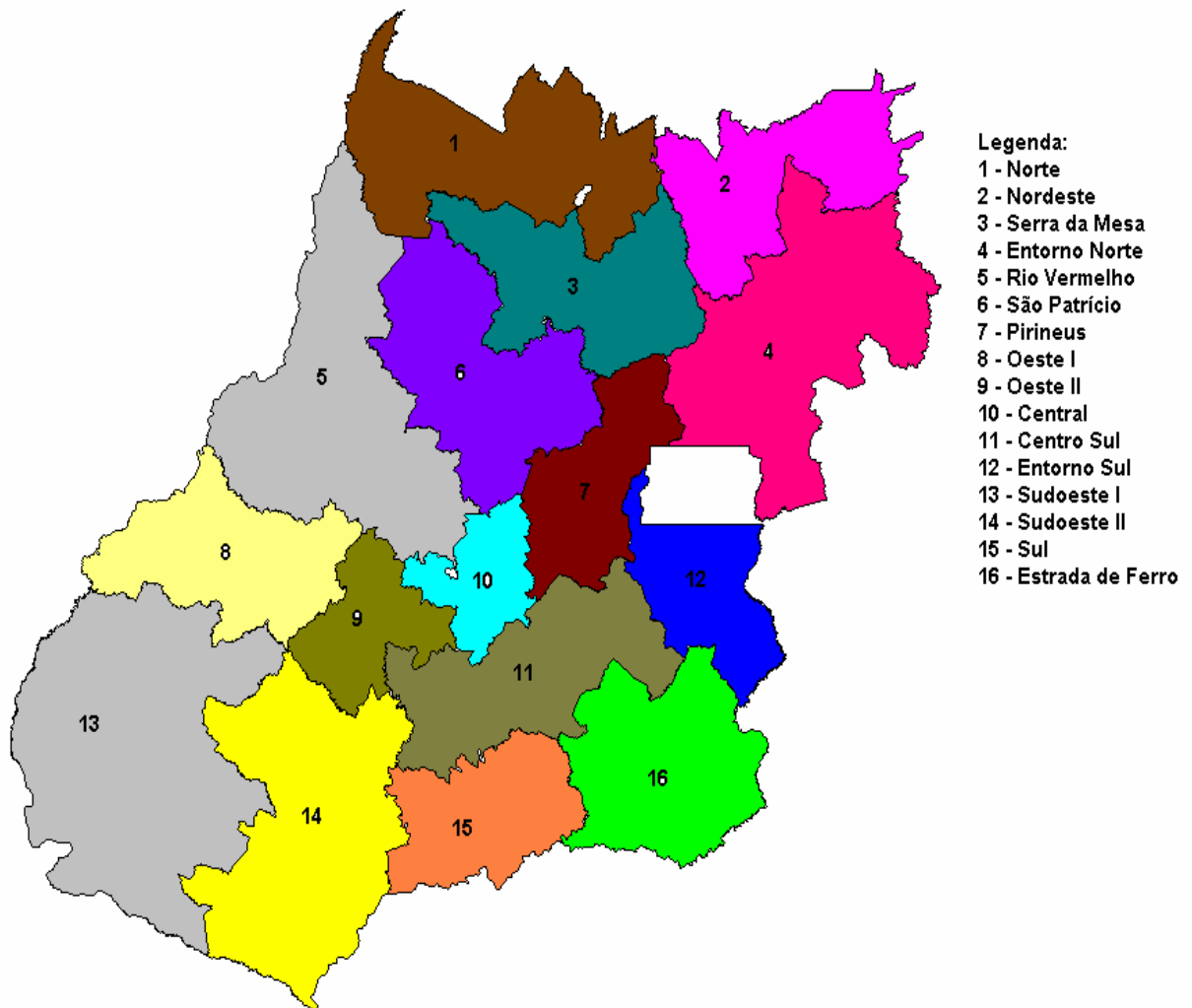


Figura 1 – Distribuição Geográfica das Regionais de Saúde em Goiás (DATASUS, 2005).

O PPGGO está implantado em 100% dos municípios e possui uma média de cobertura de gestantes em torno de 74% observado no período do estudo.

Os nascimentos na população em geral para 2005 em Goiás, segundo o SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos)[8], foi de 91.556 nascimentos/ano. Observou-se no período do estudo que a cobertura foi 62.036 (68%), 72.946 (80%) e 68.195 (74%), respectivamente para os anos de 2005, 2006 e 2007. Porém se considerarmos que no Estado de Goiás, em média, 85% desses nascimentos são de mães que utilizam a rede pública de saúde, obtendo, portanto, 77.823 nascimentos/ano, e coberturas de 79,7% no ano de 2005, 93,7% no ano de 2006 e 87,6% no ano de 2007 (Tabela 1).

Tabela 1 – Cobertura de Triagem do PPG por Regional de Saúde em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007, IDP/APAE de Goiânia.

Regional	Ano 2005		Ano 2006		Ano 2007	
	N	%	N	%	N	%
CENTRAL	16947	69	18646	72	17427	71
CENTRO SUL	7772	66	8461	69	7880	67
ENTORNO NORTE	4546	79	5180	85	4445	77
ENTORNO SUL	6325	49	8828	65	8373	65
ESTRADA DE FERRO	2536	74	3053	85	2711	80
NORDESTE	1239	124	1260	120	1117	113
NORTE	1504	64	1820	73	1637	70
OESTE I	1039	64	1229	72	1102	69
OESTE II	957	74	1161	86	1072	83
PIRINEUS	4051	54	5950	75	5892	79
RIO VERMELHO	2079	64	2531	75	2354	73
SÃO PATRÍCIO	2823	75	3340	83	3253	87
SERRA DA MESA	1719	96	1793	95	1596	90
SUDOESTE I	3838	73	4692	85	4501	86
SUDOESTE II	2084	70	2187	70	2160	72
SUL	2577	80	2815	83	2675	83
Cobertura do Estado	62036	68	72946	80	68195	74

As Regionais de Saúde, Entorno Sul, Pirineus, São Patrício, Sudoeste I, Sudoeste II e Sul apresentaram um aumento gradativo da cobertura nos anos de janeiro 2005 a dezembro 2007 (Tabela 1).

As Regionais de Saúde, Nordeste e Serra da Mesa apresentaram uma diminuição na cobertura nos anos de 2005 a 2007. Chama a atenção a Regional Nordeste com cobertura superior a 100% nos anos em estudo. Essa cobertura superior, provavelmente, se deve a uma sub-notificação no SINASC (Tabela 1).

As Regionais de Saúde, Central, Centro Sul, Rio Vermelho, Oeste I, Oeste II, Entorno Norte, Norte e Estrada de Ferro apresentaram aumento de cobertura nos anos de 2005 para 2006, contudo diminuindo para o ano de 2007 (Tabela 1).

Observou-se que todas as Regionais de Saúde apresentaram uma diminuição da prevalência de Sífilis nos anos em estudo, exceto, a Regional Oeste I que aumentou de modo significativo nos anos de 2005 a 2007. Provavelmente pela identificação, tratamento e monitoramento dos casos positivos, como apresentado na Tabela 2 e Figura 2.

Tabela 2 – Prevalência da Sífilis no PPG por Regional de Saúde em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007 (/1000) IDP/APAE de Goiânia.

Regional	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
CENTRAL	15,58	14,37	11,99
CENTRO SUL	16,6	10,76	8,76
ENTORNO NORTE	12,1	9,85	9,9
ENTORNO SUL	15,81	12,8	10,75
ESTRADA DE FERRO	20,9	17,03	15,12
NORDESTE	11,3	12,7	8,06
NORTE	15,96	18,13	13,44
OESTE I	9,62	11,39	13,61
OESTE II	13,58	12,06	3,73
PIRINEUS	12,34	11,43	10,69
RIO VERMELHO	14,91	14,62	10,2
SÃO PATRÍCIO	10,27	9,58	7,07
SERRA DA MESA	11,63	12,83	7,52
SUDOESTE I	22,93	20,25	13,77
SUDOESTE II	22,55	15,55	14,35
SUL	15,91	12,79	10,09
Geral	15,1	13,5	10,6

Nas Regionais de Saúde Nordeste, Norte, Serra da Mesa houve um aumento da prevalência no ano de 2005 para 2006, contudo em 2007 houve uma diminuição da prevalência, semelhante às outras regionais (Tabela 2 e Figura 2).

No ano de 2005 a Regional de Saúde com menor prevalência foi Oeste I e com maior prevalência foi a Sudoeste I (Tabela 2 e Figura 2).

No ano de 2006 a Regional de Saúde com menor prevalência foi São Patrício e com maior prevalência foi a Sudoeste I (Tabela 2 e Figura 2).

No ano de 2007 a Regional de Saúde com menor prevalência foi Oeste II e com maior prevalência foi a Estrada de Ferro (Tabela 2 e Figura 2).

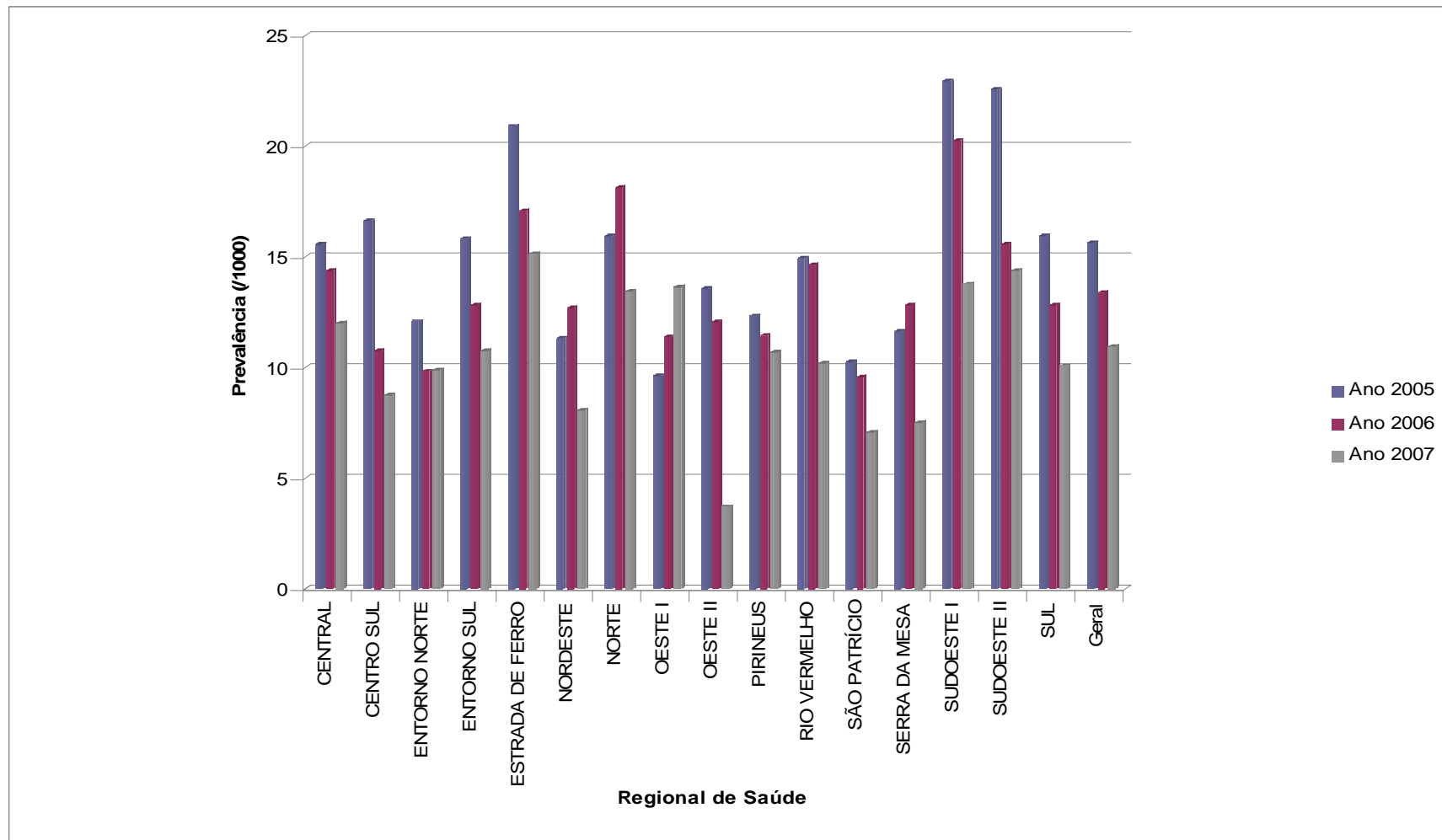


Figura 2 - Prevalência da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás de janeiro 2005 a dezembro de 2007 (/1000), IDP/APAE de Goiânia.

Apesar das oscilações de prevalência observadas nas diferentes Regionais de Saúde nos anos de 2005 a 2007, constatou-se uma tendência de queda (30%) da prevalência de Sífilis no Estado, provavelmente pela identificação, tratamento e monitoramento dos casos diagnosticados (Figura 3).

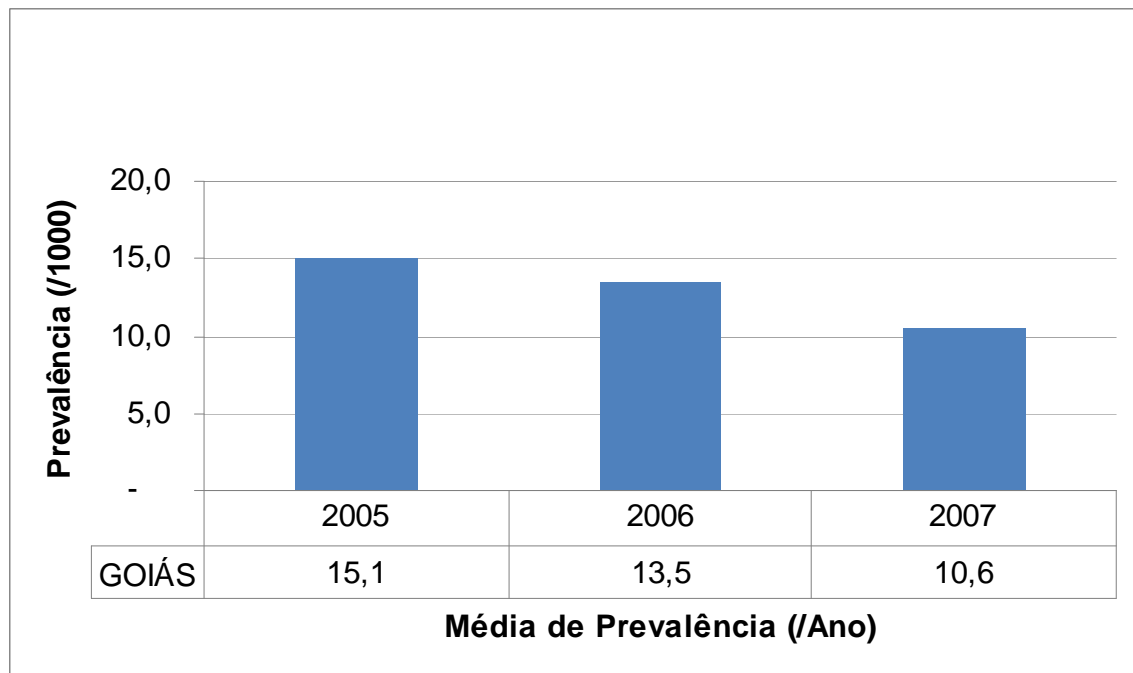


Figura 3 - Prevalência da Sífilis em Gestantes em Goiás de janeiro 2005 a dezembro 2007 (/1000), PPG/IDP/APAE de Goiânia.

De acordo com este estudo foi observado uma prevalência de 1,31%, e em estudos semelhantes em Caxias do Sul, realizado com 8.009 nascimentos foi encontrado uma prevalência de 1,87% de gestantes com sífilis [13], na Maternidade Escola da UFRJ, com 5.519 gestantes e qualquer titulação para VDRL, a prevalência encontrada foi de 2,2% [19] e em 32.512 gestantes de Mato Grosso do Sul, a prevalência de sífilis encontrada foi de 0,8% [10].

Em Goiás, foram rastreados 299 presidiários no Centro de Atividades Industriais de Goiás (CEPAIGO), com qualquer titulação para VDRL, obtendo uma soroprevalência de 18,4% [1].

Considerando 2670 gestantes portadoras de sífilis pelo PPGGO, e segundo Lorenzi (2001) cerca de 50 a 80% possui risco de transmissão vertical e taxa de mortalidade perinatal de até 40%. De acordo com esses dados em Goiás, nesse período, teríamos de 4.005 a 6.408 crianças nascendo com sífilis e possivelmente 3.204 óbitos fetais, caso não houvesse intervenção na assistência pré-natal.

O PPGGO tem como princípio a prevenção, portanto quanto mais rápido e precoce o diagnóstico pré-natal, maior os benefícios para a mãe e o feto.

A maioria das mulheres com infecção de sífilis inferior a um ano transmitirão a infecção ao feto. A infecção normalmente pode ser transmitida a partir de nove semanas, ocorrendo usualmente entre a 16ª e a 28ª semana de gravidez [2,15]. Como a infecção da sífilis pode levar de 10 a 45 dias para ser detectada, um teste negativo inicial não garante ausência de infecção [15]. De acordo com essas recomendações, o PPGGO realiza a triagem para a sífilis em dois momentos distintos: a primeira fase logo no início da gravidez, preferencialmente até doze semanas de gestação e a segunda fase entre a 28ª e 30ª semana de gravidez, pois ao contrário de outras infecções, a sífilis pode realmente ser evitada com diagnóstico e tratamento [2,15].

O PPGGO está implantado em todos os municípios (100%) e em todas as Unidades de Saúde da Rede Pública que realizam pré natal, possibilitando as mães e seus conceitos a oportunidade de diagnóstico, orientação e tratamento. No Brasil, mais de 70% das mães de bebês notificados como casos de sífilis congênita freqüentaram o pré-natal, por diferentes motivos, perderam a oportunidade do diagnóstico e tratamento adequado enquanto gestantes [22], uma vez que a ampliação e qualificação da assistência pré-natal, são as respostas [9,22].

Segundo a OMS, as coberturas dos serviços de saúde de pré-natal variam de 24 a 100% e o PPGGO com a forma facilitada de coleta, transporte de amostras e oferecendo a mesma qualidade de diagnóstico para as gestantes de qualquer parte do Estado, atingiu média de 74% de cobertura (com base na previsão do SINASC para 2005) nesses três anos, e considerando somente atendimento da Rede Pública, a cobertura foi de 87%.

Para melhor visualização da distribuição da sífilis por Regional de Saúde no Estado de Goiás nos anos de 2005, 2006 e 2007 foi demonstrado a prevalência em intervalos variando de menor que 5 até 23 (/1000), como demonstrado nas figuras (Figura 4, Figura 5 e Figura 6).

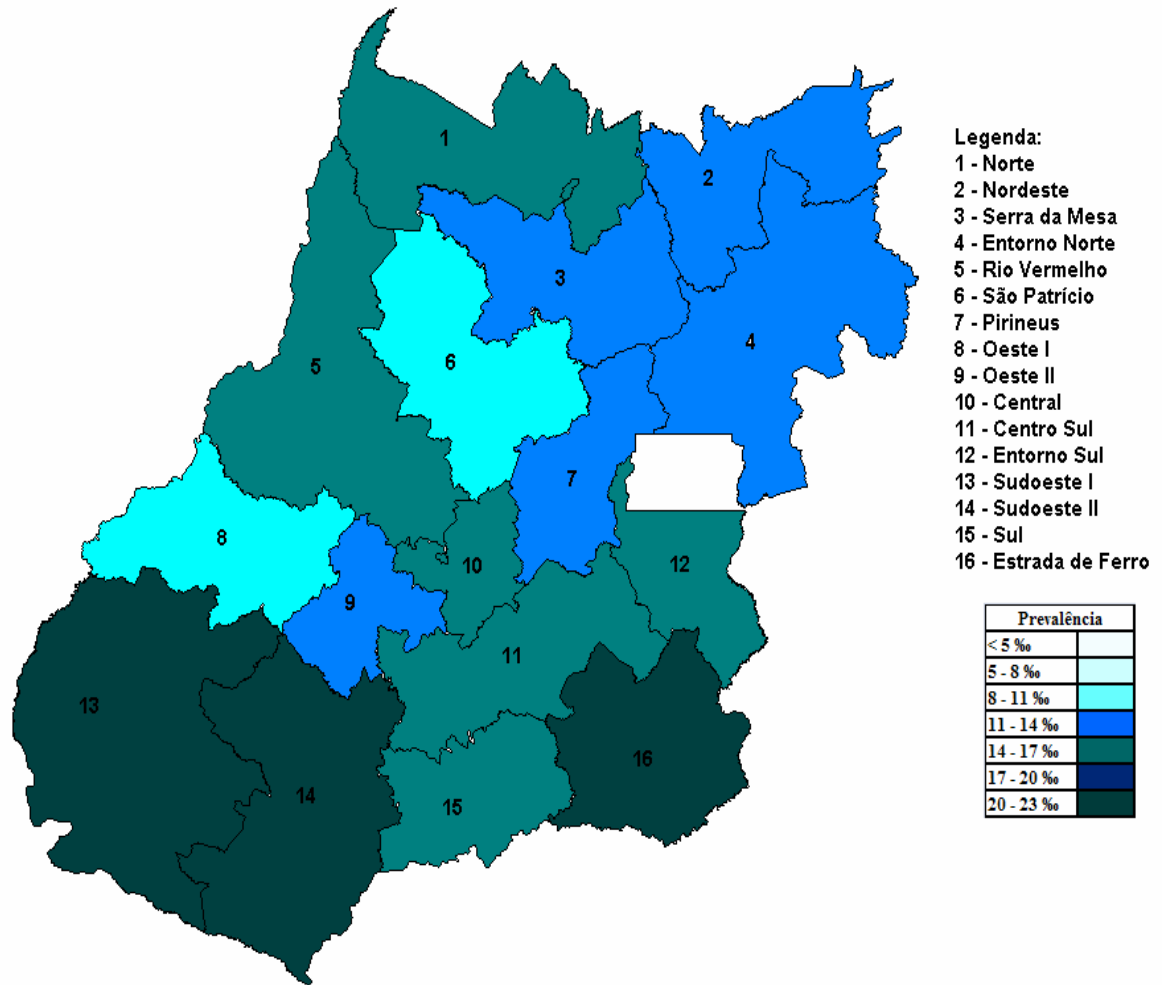


Figura 4 - Distribuição da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás em 2005
PPG/IDP/APAE de Goiânia.

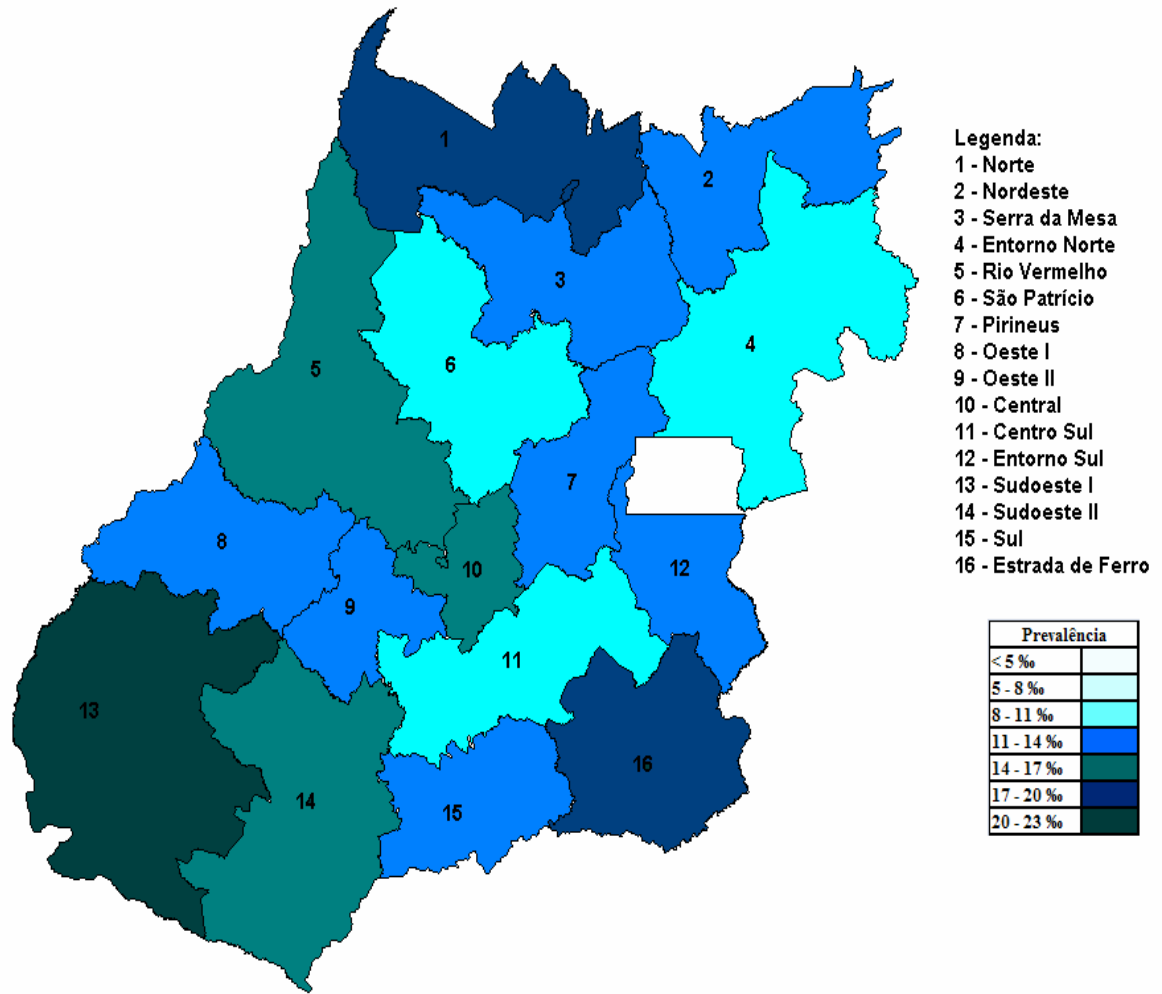


Figura 5 - Distribuição da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás em 2006 PPG/IDP/APAE de Goiânia.

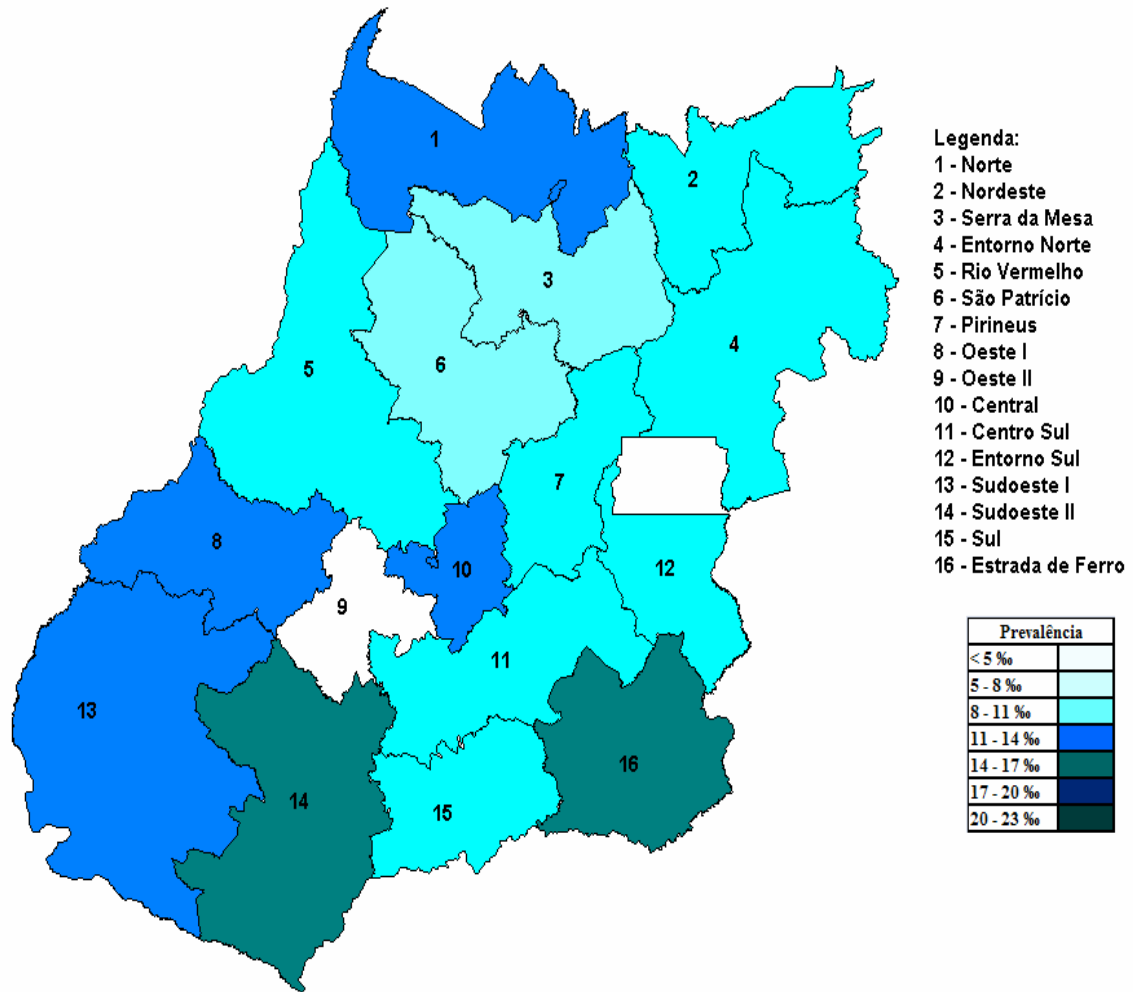


Figura 6 - Distribuição da Sífilis por Regional de Saúde em Goiás em 2007
PPG/IDP/APAE de Goiânia.

Apesar das diferenças sociais e econômicas dos municípios que compõem as Regionais de Saúde, a abrangência do Programa de Proteção a Gestante, demonstrou que das 16 (dezesseis) Regionais de Saúde, 15 Regionais apresentaram diminuição da prevalência e somente 1 (uma) Regional apresentou aumento da prevalência. Dessas 15 (quinze) Regionais de Saúde, em somente 4 (quatro) não observamos queda consecutiva da prevalência nos três anos de estudo.

6. CONCLUSÃO

A Sífilis continua sendo um importante problema de saúde pública que tem que ser enfrentado com ações de vigilância em saúde.

A prevalência de sífilis observada de 1,31% demonstra que o Estado deve continuar oferecendo diagnóstico, acompanhamento e tratamento às gestantes, apesar da redução descrita nesse estudo.

No Estado de Goiás desde a implantação do Programa de Proteção a Gestante como uma ação de vigilância na proteção da gestante e seu conceito, observou-se uma queda de 30% da prevalência de sífilis.

O Programa de Proteção a Gestante identificando a sífilis em dois momentos distintos, representa um importante instrumento de monitoramento da sífilis materna e congênita, pois realiza o diagnóstico no início e no final da gestação, minimizando o risco da janela imunológica e as possíveis reinfecções por parceiros não tratados ou infecções agudas.

O Programa de Proteção a Gestante, ampliando para todos os municípios goianos (100%) os exames de pré-natal, onde 64,3% não possuíam laboratórios da Rede Pública, e qualificando o atendimento, disponibilizando especialistas em infectologia, ginecologia, pediatria e psicologia, passando a ter a mesma qualidade de diagnóstico, acompanhamento e tratamento das gestantes e seus conceitos, conseguiu reduzir a morbimortalidade por sífilis no Estado.

Apesar das diferenças sociais e econômicas dos municípios que compõem as Regionais de Saúde, a abrangência do Programa de Proteção a Gestante, demonstrou que das 16 (dezesseis) Regionais de Saúde, 15 Regionais apresentaram diminuição da prevalência e somente 1 (uma) Regional apresentou aumento da prevalência. Dessas 15 (quinze) Regionais de Saúde, em somente 4 (quatro) não observamos queda consecutiva da prevalência nos três anos de estudo.

O Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás representa um importante instrumento de monitoramento e redução da Sífilis Congênita na Rede Pública.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] ANDRADE, A.L.S.S.; MARTELLI, C.M.T.; SOUSA, L.C.S. *et al.* Soroprevalência e fatores de risco para sífilis em população carcerária de Goiás. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo. mai-jun.1989.31(3): 177-82,
- [2] ARAÚJO, Eliete da Cunha; COSTA, Kelly de Souza Gama; SILVA, Rafaela de Souza *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Para. Med.**, mar. v. 20, n. 1, 2006, p. 47-51.
- [3] AVELLEIRA J.C.R.; BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. **Bras. Dermatol.** 2006, 81(2): 111-26.
- [4] BARSANTI C.; VALDETARO F.; DINIZ E.M.A.; SUCCI R.C.M. Diagnóstico da sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 1999.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. 2 ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [6] _____. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica: sífilis em gestantes, sífilis congênita e infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas.** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006.
- [7] CHUFALO, Jose Eduardo; MACIEL, Ana Carolina Guerra; ESPINDOLA, Larissa Neto. **Sífilis congênita. Feminina.** out, 2006, 34(10):701-710.
- [8] **DATASUS/SINAN/SINASC.** Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 de abr. de 2008.
- [9] DONALISIO, Maria Rita; FREIRE, June Barreiros; MENDES, Elisa Teixeira. 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, set. v. 16, n. 3, 2007, p. 165-73.
- [10] FIGUEIRÓ FILHO, Ernesto Antonio; SENEFFONTE, Flavio Renato de Almeida; LOPES, Alessandro Henrique Antunes *et al.* Frequência das infecções pelo HIV I, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmose, Citomegalovirus, Herpes Simples, Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 40, n. 2, 2007, p. 181-87.
- [11] HENRY, J.B. (*Todd Sanford Davidsohn*): **Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods.** W. S. Saunders Company. 19th, 1996.

- [12] LIMA, Lucia Helena M.; GURGEL, Maria Fátima C.; MOREIRA-SILVA, Sandra F. Avaliação da Sífilis Congênita no Estado do Espírito Santo. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.** 2006, 18(2):113-16.
- [13] LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Breno F.; GRAZZIOTIN, Leonardo; BASSO, Eliane. Prevalência de Sífilis Congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, no período de 1998-2002. **J. Bras Doenças Sex Transm.** v. 17, 2005, p. 5-19.
- [14] _____. MADI, José Mauro. Congenital Syphilis as a Prenatal Care Marker. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2001.
- [15] OMS. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.** 2008.
- [16] POPE, Victoria; FOX, Kimberley; LIU, His *et al.* Molecular Subtyping of *Treponema pallidum* from North and South Carolina. **J.Clin. Microbiol.** 2005, 43: 3743-3746.
- [17] ROBBINS, Stanley L; RAMZI, S; COTRAN, Vinay Kumar . **Patologia estrutural e funcional**; supervisão da tradução Zilton A. Andrade, Manoel Barretto Netto. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.
- [18] RODRIGUES C. S; GUIMARÃES M.D.C. Grupo Nacional de estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para Sífilis em Puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.** 2004, 16(3): 168-75.
- [19] SÁ, Renato A.M.; BORNIA, Rita V.G.; CUNHA, Alfredo A.; OLIVEIRA, Cristiane A. *et al.* Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola – UFRJ. **J. Bras. Doenças Sex Transm.** v. 13, 2001, p. 6-8.
- [20] SANTOS, M.O.; MULLER, V.D.N.; VARCARENGHID, D. *et al.* Comparação de testes não Treponêmicos utilizados no diagnóstico da Sífilis e interferência da inativação do soro. **Rev. Bras. Análises Clínicas**, v. 39, 2007, p. 135-7.
- [21] SARACENI V.; LEAL M.C. Avaliação da efetividade das campanhas para a eliminação da Sífilis Congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 19:1341-1349.
- [22] _____. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; VELLOZO, Vitória *et al.* Vigilância da Sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, jun., v. 16, n. 2, 2005, p. 103-11.
- [23] _____. LEAL, Maria do Carmo; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na Sífilis Congênita: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 5, n. 3, 2005, p. 263-73.
- [24] _____. **A Sífilis, a Gravidez e a Sífilis Congênita.** Texto extraído da tese de doutorado intitulada Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000, apresentada e aprovada na ENSP – FIOCRUZ em 29/03/2005, modificado pela autora.

- [25] SIMMS I.; BROUTET N. Congenital Syphilis Re-emerging. **J. Dtsch. Dermatol. Ges**, 2008, apr. 6(4):269-72, Epub 2008 Feb. 11.
- [26] SINGH, Amaeta Eshri; SUTHERLAND, Karen; LEE, Bonita *et al.* Resurgence of Early Congenital Syphilis in Alberta. **CMAJ**, 2007, 177: 33-36.
- [27] VALDERRAMA J.; ZACARIAS F.; MAZIN R. Maternal Syphilis and Congenital Syphilis in Latin América: big problem, simple solution. **Rev. Panam. Salud. Publica**, sep; 16(3), 2004, 211-7.
- [28] VIEIRA, Amadeu. Contribuição ao estudo epidemiológico de Sífilis Congênita no Município de Carapicuíba – São Paulo: ainda uma realidade em 2002. **DST J. bras. Doenças Sex. Transm**; 2005, 17(1): 10-17.
- [29] WALKER, G; WALKER, D. **Congenital Syphilis**: A continuing but neglected problem. *Seminars in fetal and neonatal medicine*. v. 12, p. 198-206, 2007.
- [30] WONG, Susan P.Y; YIN, Yue-Ping; GAO, Xing *et al.*. Risk of syphilis in STI clinic patients: a cross-sectional study of 11 500 cases in Guangxi, China. **Sex Transm Infect**, 2007, 83: 351-6.

ANEXOS

	INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO	
	Procedimento Operacional Padrão	POP Nº 13
	COLETA	Pág: 32-33

01 – OBJETIVO:

Estabelecer as instruções pormenorizadas para coleta de material e manuseio do mesmo, de modo a possibilitar uma coleta dentro das normas internacionais e com qualidade necessária para obtenção de amostras específicas para os exames.

02 – MATERIAL:

- Lanceta estéril com ponta de aproximadamente 2,0 mm;
- Álcool preparado estéril;
- Algodão;
- Gaze estéril;
- Seringas (5,0 ml);
- Agulha (0,70x25);
- Formulário para coleta de sangue (papel filtro);
- Tubos de vidro (tampa vermelha ou roxa);
- Luvas.

03 – PROCEDIMENTO:

***Coleta em papel filtro (primeira e segunda amostra):

-Preencher todos os campos destinados às informações da paciente com letra legível. Para evitar a contaminação dos círculos do papel filtro, não permita que os mesmos entrem em contato com fluidos e não os toque antes ou depois da coleta de sangue.

-Guarde a “controle do paciente”, e solicite a assinatura da paciente na autorização no verso.

-Limpe o local com álcool secando completamente.

-Faça uma punção no dedo anelar da mão esquerda.

-Encoste levemente o papel-filtro na gota grande de sangue. Espere até que o sangue seja absorvido e preencha completamente o círculo com aplicação de uma única gota de sangue (para aumentar o fluxo de sangue, mantenha uma pressão suave e intermitente na área próxima ao local da punção). Aplique o sangue somente em um lado do papel.

-Preencha os filtros restantes da mesma forma como descrito anteriormente, com gotas de sangue sucessivas.

-Pode ser usado sangue coletado em via venosa por seringa e distribuído posteriormente no papel filtro para secagem.

-Após a coleta, a amostra deve secar por 04 (quatro) horas no suporte em temperatura ambiente. Após este período, deverá ser enviado o mais rápido possível para agilizar a


assistência à gestante, contudo, se for necessário, essa amostra pode permanecer coletada, aproximadamente, por 10 (dez) dias.

*****Recoletas:**

Procedimento para confirmação de exames alterados ou duvidosos:

Será comunicado e orientado por meio de serviço social do IDP-APAE de Goiânia. Na capital, o IDP APAE irá levar e recolher o material para recoleta (tubos) por meio de mensageiros, porém, nos interiores, o material (tubos) será enviado via correio, acompanhado de uma solicitação de recoleta orientando o tipo de amostra desejada (soro ou sangue total); o técnico da unidade de saúde irá colher 5,0 ml de sangue em cada tubo, acondicionar no recipiente (caixa de isopor) e remeter via correio para o IDP (Instituição de Diagnóstico e Prevenção) da APAE de Goiânia.

OBS: Os técnicos envolvidos fazem uso dos EPI's.

	INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO	
	Procedimento Operacional Padrão	POP Nº 14
	RECEPÇÃO DE AMOSTRAS	Pág: 34-36

01 – OBJETIVO:

Receber e organizar as amostras enviadas ao IDP-APAE-Goiânia.

02 – AMOSTRAS DE PRIMEIRA FASE:

As amostras passam por diversas etapas até estarem prontas para a realização dos exames, nas quais são feitas algumas verificações:

***Nome do posto de Coleta e Cidade de origem.**

-Observar se campo “Posto de Coleta” está devidamente preenchido; em caso de inexistência do nome do posto ou posto de coleta não cadastrado, entrar em contato a SMS do Município para confirmação.

-O nome da cidade onde foi feita a coleta, deve ser escrito no rodapé da ficha pelo responsável da verificação como confirmação.

***Observar a data e aspecto da amostra.**

-Amostra com trinta (30) dias ou mais é considerada inapta, sendo necessária solicitação da coleta de uma nova amostra pelo posto de origem.

-Amostras de coloração escura e/ou de aparência seca são separadas para testes (verificação de eluição), em caso de amostra reprovada é solicitado ao posto que providencie uma nova amostra.

-A amostra deve possuir quantidade suficiente de sangue para retirada de 14 picotes, caso quantidade insuficiente, é solicitado ao posto que providencie uma nova amostra.

***Codificação.**

-As amostras que estiverem aptas a dar continuidade ao processo são etiquetadas com código interno seqüencial (duas etiquetas: 1.Parte do cartão que será destacada posteriormente contendo a amostra, 2.Parte do cartão contendo os dados do paciente).

-Destacar a parte do cartão contendo a amostra (devidamente etiquetada).

***Organização dos lotes:**

-Estando as fichas (dados do paciente) já codificadas e separadas da parte do cartão contendo a amostra, organiza-las em lotes.

-Cada lote possui 376 fichas (pacientes). Depois de finalizado, o lote é entregue no setor de CPD para sua inclusão no sistema do IDP-APAE-Goiânia.

-Com as amostras de sangue não é diferente, também são organizadas em lotes. No entanto cada lote é subdividido em quatro blocos contendo 94 amostras. Cada bloco é referente a uma placa de ELISA.

-O lote é entregue ao responsável do Picote.

-Depois de picotadas são armazenadas entre 2-8°C por tempo indeterminado.

03 – AMOSTRAS DE SEGUNDA FASE:

As amostras passam por diversas etapas até estarem prontas para a realização dos exames, nas quais são feitas algumas verificações:

***Nome do posto de Coleta e Cidade de origem.**

-Observar se campo “Posto de Coleta” está devidamente preenchido; em caso de inexistência do nome do posto ou posto de coleta não cadastrado, entrar em contato a SMS do Município para confirmação.

***Observar a data e aspecto da amostra.**

-Amostra com trinta (30) dias ou mais é considerada inapta, sendo necessária solicitação da coleta de uma nova amostra pelo posto de origem.

-Amostras de coloração escura e/ou de aparência seca são separadas para testes (verificação de eluição), em caso de amostra reprovada é solicitado ao posto que providencie uma nova amostra.

-A amostra deve possuir quantidade suficiente de sangue para retirada de 2 picotes, caso quantidade insuficiente, é solicitado ao posto que providencie uma nova amostra.

***Codificação.**

-As amostras que estiverem aptas a dar continuidade ao processo devem ser codificadas.

-O código dado deve ser o mesmo utilizado na primeira fase.

-A pesquisa desse código é feita através do programa Prmain.

1. Entra no programa;

2. Clicar em apoio;

3. Pode ser utilizado → Pesquisa por nome: Onde se digita o nome da paciente preenchido na ficha e em associação a data de nascimento → Clicar pesquisa.

4. Pode ser utilizado também → Pesquisa por código: Onde se digita o SIS da paciente → Clicar pesquisa.

5. As associações (nome/data de nascimento/SIS) são feitas para eliminar qualquer possibilidade de codificação incorreta.

-Confirmado nome preenchido na ficha com código da primeira amostra (se tratando da mesma paciente), anotar o código encontrado (tanto na parte da ficha que contém a amostra quanto na parte dos dados da mesma).

***Organização dos lotes.**

-Com as fichas já codificadas são organizadas em ordem crescente (de acordo com o código).

-Destacar a parte do cartão contendo os dados da paciente da parte contendo amostra (devidamente codificado).


-Organizar em lotes. Cada lote possui 188 fichas (pacientes).

- Depois de finalizado, o lote é entregue no setor de CPD para sua inclusão no sistema do IDP-APAE-Goiânia.

-Com as amostras de sangue não é diferente, também são organizadas em lotes. No entanto cada lote é subdividido em seis bloquinhos (5 com 30 amostras e 1 com 38 amostras).

-Armazenar entre 2-8°C até o momento de serem processadas.

-Depois de processadas (Ver POP Trigésima) as amostras são armazenadas entre 2-8°C por tempo indeterminado.

	INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO	
	Procedimento Operacional Padrão	POP Nº 15
	VERIFICAÇÃO DE AMOSTRAS	Pág: 37-39

01 – OBJETIVO:

Avaliar todas as amostras enviadas, segregando as inaptas para solicitação de uma nova coleta.

02 – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:

-Amostra válida: Permita que uma quantidade suficiente de sangue seja absorvida, até preencher completamente o círculo impresso no papel-filtro. Preencha todos os círculos requeridos com sangue. Não aplique camadas sucessivas de gotas de sangue, nem aplique sangue mais de uma vez no mesmo círculo coletor. Evite tocar ou esfregar as amostras.



-Amostra inválida – Quantidade insuficiente de amostra para teste:

O papel filtro foi removido antes que o sangue tivesse preenchido completamente o círculo, ou antes, de que o sangue tivesse absorvido pela segunda face.

O sangue foi aplicado no filtro com um tubo capilar.

O filtro foi tocado antes ou depois da coleta da amostragem com luvas ou sem luvas, com as mãos untadas de loção para as mãos, etc.

O papel filtro entrou em contato com mãos com ou sem luvas, ou com substâncias tais como loção para as mãos ou talco antes ou depois da coleta da amostra de sangue.



-Amostra inválida – A amostra parece raspada ou arranhada:

O sangue foi aplicado com tubo capilar ou outro dispositivo.



-Amostra inválida – A amostra não estava seca quando enviada:

A amostra foi enviada antes de um período de secagem de 04 (quatro) horas.



-Amostra inválida – A amostra tem aparência supersaturada:

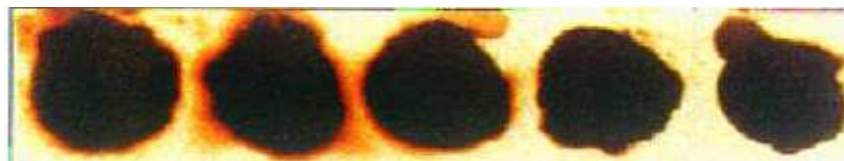
Sangue em excesso foi aplicado no papel-filtro, possivelmente com um dispositivo. O sangue foi aplicado em ambos os lados do papel filtro.



-Amostra inválida – A amostra parece diluída, descorada ou contaminada:

O papel filtro entrou em contato com mãos usando luvas ou não, ou substâncias tais como álcool, produtos químicos, soluções anti-sépticas, água, loção para as mãos, etc., antes ou depois da coleta de sangue para a amostra.

-As amostras de sangue foram expostas ao calor direto.



-Amostra inválida – A amostra apresenta anéis de soro:

O álcool passado no local da punção não foi seco antes da punção ser realizada.

O papel filtro entrou em contato com o álcool, loção para mãos, etc.

A área ao redor da punção foi espremida excessivamente.

Secagem inadequada da amostra.

O sangue foi aplicado com tubo capilar.



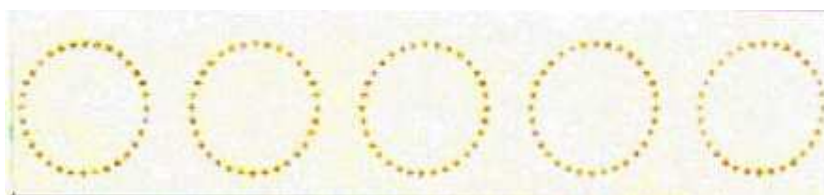
-Amostra inválida – A amostra parece coagulada ou em camadas:

Tocar com sangue várias vezes o mesmo círculo no papel filtro.
Preencher o círculo de ambos os lados do papel filtro.



-Amostra inválida – Não há sangue:

Não foi obtida nenhuma amostra de sangue.



03 – AMOSTRAS INAPTAS:

As amostras consideradas inaptas após a verificação visual são separadas e testadas quanto à eluição.

Uma vez confirmada a não eluição são encaminhadas ao serviço social do IDP- APAE de Goiânia responsável em solicitar uma nova amostra.

Existe um controle interno de amostras inaptas: Nome da paciente, motivo da solicitação de nova coleta e data da solicitação.

As amostras consideradas inaptas ainda são armazenadas por um período para verificações futuras (geladeira nº03).

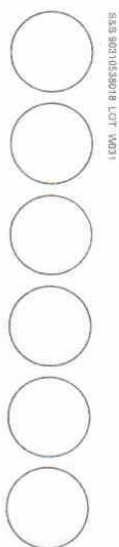
CARTÃO DE COLETA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Fui devidamente esclarecida da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade do tratamento prescrito. Caso qualquer uma das patologias triadas (inclusive HIV), tenham resultado alterado, autorizo que seja feito a busca ativa com visita domiciliar, por telefone ou qualquer outro meio de comunicação necessária para confirmação e acompanhamento, e também do recém nascido após o parto.

Autorizo a Realização dos Exames do Programa de Proteção à Gestante de GO(Inclusive HIV)

Assinatura.....RG.....



LEDM. LDT 8108E301026 6568

GESTANTE

Nº

Nº



APAE DE GOIÂNIA

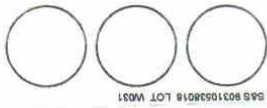
**INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO
E PREVENÇÃO**

RUA 34, QD. A-23, LT. 18 E 19 - CEP 74805-370 - JD. GOIÁS
FONE/FAX: (62) 3238-7000 - GOIÂNIA - GO

**PROGRAMA DE
PROTEÇÃO À GESTANTE
DO ESTADO DE GOIÁS**

PACIENTE / GEST.												
ENDEREÇO								DATA DE NASCIMENTO				
CIDADE						ESTADO		ÚLTIMA MENSTRUÇÃO				
BAIRRO				CEP				TELEFONE				
POSTO DE COLETA								DATA DA COLETA				
Nº DO CARTÃO DO SUS				SIS PRÉ NATAL				Nº DE GESTAÇÕES		ABORTOS		QUANT.
								<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
COLETADOR(A)				COR DA GESTANTE				PARTO NORMAL		TEMPO DE GESTAÇÃO		
				<input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA		<input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA		<input type="checkbox"/> CESARIANA		EM SEMANAS		

OBS: ESTE CARTÃO DEVE CONTER OS DADOS ACIMA SOLICITADOS PREENCHIDOS COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL, PARA EVITAR DEVOLUÇÕES.



SAS 9031030619 LOT W031

2ª AMOSTRA

IBIP INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

MAE DE SAÚDE RUA 24, DR. A23, L. 18 E 19 - CEP 74065-370 - JD. GOIÁS
 FONE/FAX: (61) 318-7000 - GOIÂNIA - GO

PACIENTE / GEST: (preencher com o número completo da gestante)

ENDEREÇO										
CIDADE										
DATA DE NASCIMENTO										
SIS PRE-NATAL										
DATA DA COLETA										

PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DO ESTADO DE GOIÁS

PACIENTE / GEST: _____

SIS PRE-NATAL: _____

DATA DA COLETA: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Fui devidamente esclarecida da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade do tratamento prescrito. Caso qualquer uma das patologias citadas (inclusive HIV), tenham resultado alterado, autorizo que seja feito a busca ativa com visita domiciliar, por telefone ou qualquer outro meio de comunicação necessária para confirmação e acompanhamento, e também do recém nascido após o parto.

Autorizo a Realização dos Exames do Programa de Proteção à Gestante de GO (inclusive HIV)

Assinatura: KG.....



APAE - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE GOIÂNIA-GO

Complexo I: Rua 255, nº 628 - Setor Coimbra Goiânia-GO CEP: 74533-150.

- **Administração** - Fone: 3226-8000 Fax: 3226-8001 / Telemarketing - Fone: 3226-8010
- **CEATE I - Centro de Atendimentos Especializados I** - Fone: 3226-8040
- **CEESHA - Escola Especial Helena Antipoff** - Fone: 3226-8037

Complexo II: Rua 58 nº. 329 esq. cl Avenida A e Rua 56 - Jardim Goiás - Goiânia-GO CEP: 74.805-020

- **CEPAT - Centro Educacional "Prof. Anísio Teixeira"** - Fone: 3531-6700
- **CEATE II - Centro de Atendimentos Especializados II** - Fone: 3531-6700
- **CCEL - Centro de Cultura Esporte e Lazer Christian & Ralf**
- **CFFA - Centro de Formação da Família Apaiana** - Fone: 3531-6700

Complexo III: Avenida Prof. Alfredo de Castro Qd. R F Lt. 14- nº. 1.075 - Chácara do Governador - Goiânia-GO CEP: 74.870-038

- **CEPROLIM - Centro de Profissionalização Especial "Dr. Lincoln Marques da Rocha"** - Fone: 3532-6900

IDP - Instituto de Diagnóstico e Prevenção - Fone: 3238-7000 - Fax: 3238-7001

Rua 34, Qd A-23 Lt 18 e 19 nº. 79 - Jardim Goiás - Goiânia- Goiás - CEP: 74.805-370.

► www.apaedegoiania.org.br ► contato@apaedegoiania.org.br

REG. CNAS - MEC Nº. 229.317/73 - CNPJ: 01.240.688 / 0001 - 40. - REG. Nº. 223 FLS: 22 V.O. E 23 - CARTÓRIO SAMPAIO. NETO - DECRETO- Utilidade Pública Federal - lei nº. 50.517. Estadual lei nº. 9.492 e Municipal lei nº. 4.211.

Goiânia, 04 de Agosto de 2008.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

À
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Venho por meio deste, autorizar a realização da pesquisa intitulada “Prevalência da Sífilis no Estado de Goiás triadas pelo Programa de Proteção a Gestante – 2005 a 2007”, sob responsabilidade do Biomédico José Vicente de Macedo Filho, CRBM 3-391, portador do CPF nº 295.228.031-20, Carteira de identidade nº 1.049.813 SSPGO.

A coleta de dados do presente estudo será realizada no IDP – Instituto de Diagnóstico e Prevenção da Apae de Goiânia. Ressalto ainda, que o mesmo oferece as condições necessárias para o desenvolvimento de pesquisa referida acima.

Atenciosamente,


Emília Terezinha Borges
Presidente - APAE de Goiânia



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Secretaria de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília- DF CEP: 70910-900
Fone: (61) 307-2268 FAX: (61) 307-3955 e-mail: spgfs@unb.br

Carta PGCS867/2007

Brasília, 24 de setembro de 2007.

Ao Dr. Antonio Wilson Soares Oliveira
Superintendente de Políticas de Atenção Integral e Saúde

Prezado Superintendente,

Apresentamos o Sr. José Vicente Macedo Filho, aluno de mestrado regularmente matriculado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e que desenvolverá o trabalho de pesquisa intitulado “Panorama da sífilis em Goiás, sob a ótica do Programa de Proteção a Gestante no período de 2005 – 2006”. Para o desenvolvimento do seu trabalho acadêmico será necessário o acesso às informações das notificações da sífilis no estado de Goiás no período de 2000 a 2006, disponíveis no banco de dados do SINAN, sob a sua responsabilidade.

Neste sentido, solicitamos a V.Sa verificar a possibilidade de oportunizar o acesso do aluno supra citado ao banco de dados. Esclarecemos que as informações serão utilizadas com finalidade de desenvolvimento do trabalho acadêmico, os resultados obtidos com o presente estudo serão apresentados à esta superintendência.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessária.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde - PGCS/FS(1)-P

Recebido em:
Robélia P.A Almeida
18/10/07