BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
n. 1 Jun 2015

EDITORIAL

A saúde materno-infantil é um dos pilares da organização da sociedade e uma das prioridades do sistema de saúde.

Neste boletim, trazemos dois assuntos diretamente relacionados ao tema: a mortalidade infantil e a sífilis congênita.

Tanto a taxa de mortalidade infantil como o número de casos de sífilis congênita são indicadores do COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, e representam grande desafio ao poder público municipal.

A taxa de mortalidade infantil, embora uma das mais baixas do país, segue estável há anos, apesar de grandes avanços na organização dos serviços de saúde da capital. Grande parte destes óbitos é redutível por adequada atenção à saúde, demonstrando que há margem para buscarmos resultados melhores.

Por outro lado, a sífilis congênita aparece nos últimos anos com um aumento inquietante e desafiador. Várias dificuldades identificadas no processo de cuidado permitem a ocorrência de uma doença altamente evitável, mas que ainda causa abortos, óbitos fetais e óbitos infantis no município. Além disso, o impacto no aumento de casos provocado pela organização de serviços de vigilância hospitalar dá idéia da subnotificação histórica que ronda a doença.

Mas as potencialidades de enfrentamento destes problemas são inegáveis. A ampliação da cobertura e crescente organização da rede de Atenção Primária à Saúde do município, a ampliação do acesso à atenção de média complexidade e articulação com outros serviços de saúde, a ampliação da capacidade diagnóstica e qualificação dos serviços de vigilância são fortes aliados para mudar esta realidade.

Entretanto, é preciso que estes problemas mobilizem para além da SMS. Melhorar as condições de vida e diminuir as vulnerabilidades sociais são medidas essenciais para melhorar a qualidade da saúde materno-infantil. Estes indicadores apenas contribuem para a indicação dos caminhos.

GVE

Autores: Ana Cristina Vidor, Cely E. P. Ribeiro, Francimar F. Barreto, Maria Cristina Itokazu, Maurício de Garcia Bolze, Nilcéia Antunes, Silvia Marani dos Santos Teixeira, Valdete da Silva Sant'Anna, Vinicius Paim Brasil.

A MORTALIDADE INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS

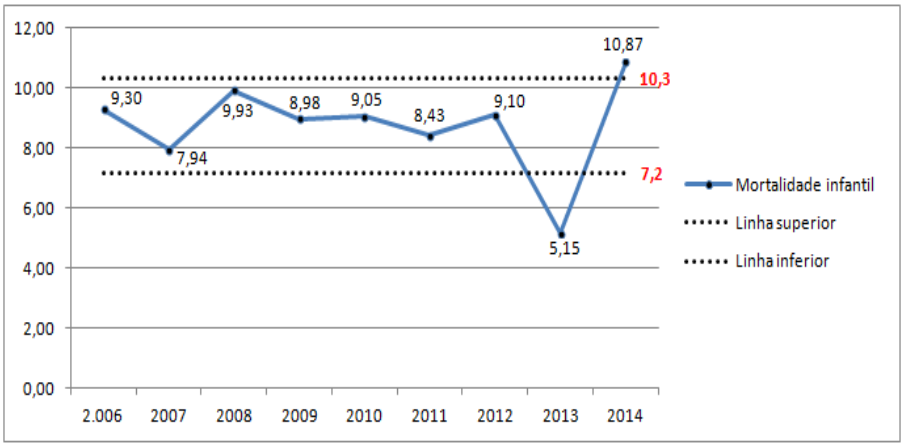
A taxa de mortalidade infantil (TMI) reflete a qualidade de vida de uma população e indica a eficácia dos serviços e de políticas públicas relacionadas a saneamento básico, sistema de saúde, educação e distribuição de renda, entre outros.

A TMI vem caindo no Brasil nos últimos anos. Entre 1996 e 2012, a taxa passou de 25,3 para 13,4 óbitos por mil nascidos vivos, uma redução de quase 50% no período, atingindo uma das metas de Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU).

Em Florianópolis, esta meta foi atingida antecipadamente. Em 1996, a TMI era de 23,88 por mil nascidos vivos. Em 1997, a Prefeitura Municipal de Florianópolis lançou o Programa Capital Criança, com o objetivo de melhorar o desempenho neste indicador. A rede municipal de saúde foi então reorganizada e foram elaborados os primeiros protocolos de atenção à saúde da criança da capital (http://migre.me/qiQ7T). Em três anos, a TMI do município caiu a um dígito, fazendo com que o município ganhasse visibilidade e vários prêmios.

Entretanto, desde 2004 o município vem conseguindo apenas sustentar a TMI abaixo de dois dígitos, porém sem maiores progressos, apesar dos avanços na organização e expansão de nossa rede assistencial. Além disso, nos últimos dois anos, observamos um comportamento atípico deste indicador. A redução ocorrida em 2013 e a elevação em 2014 extrapolaram a variação esperada a partir da média das taxas anteriores (gráfico 1).

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por mil nascidos vivos. Série Histórica. Florianópolis-SC, 2006 a 2014.



Fonte: SIM/SINASC - Florianópolis/SC, 01/04/15.
Linhas superior e inferior: TMI média +/- um desvio-padrão.

Em que pese a variação ocorrida nos últimos dois anos, há margem para melhorar a TMI em Florianópolis.

Isto fica evidente na avaliação da redutibilidade dos óbitos infantis do município.

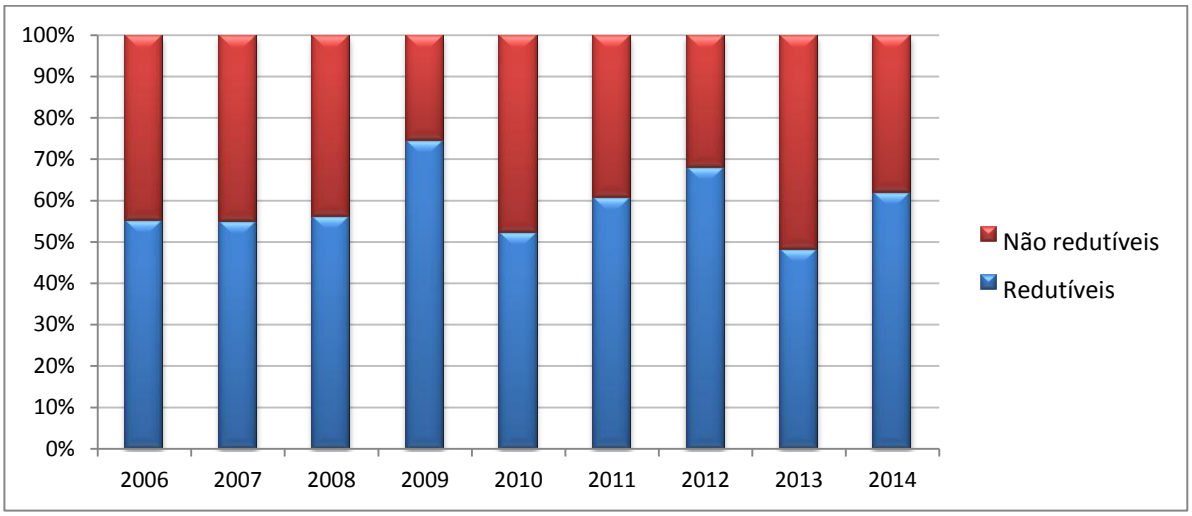
NESTE Nº:

A Mortalidade Infantil em Florianópolis 1
Sífilis Congênita 6
Monitoramento de Indicadores 11

Óbitos Infantis Redutíveis

A fim de avaliar a proporção e tendência destes óbitos, foi feita análise da redutibilidade conforme Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de 5 anos [1], no período entre 2006 e 2014. Tal análise complementa análise realizada pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal de Florianópolis (CPOIFF), ainda não disponível para 2014, e facilita a avaliação da série histórica por utilizar classificação padronizada. Análise complementar utilizando ambas as classificações será realizada oportunamente.

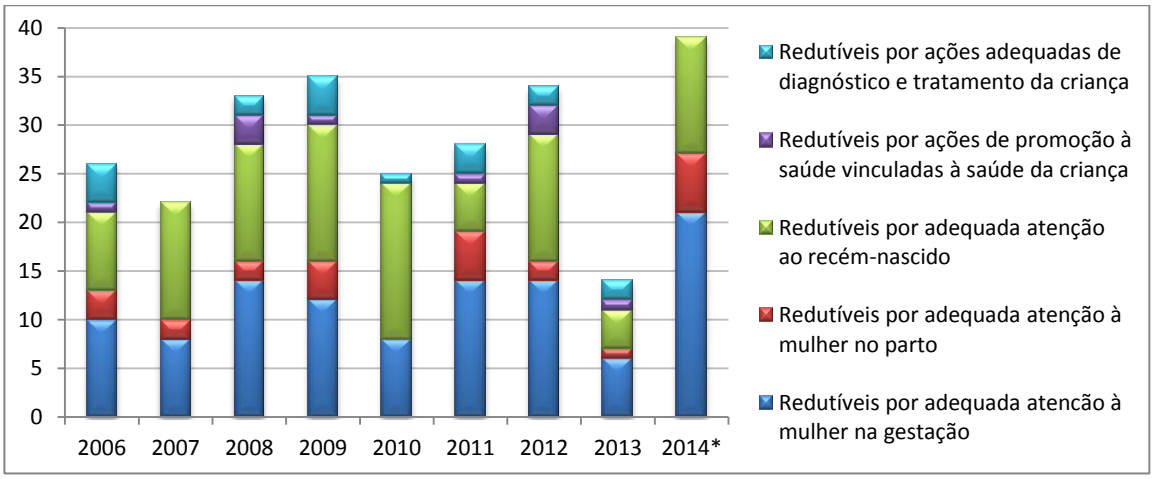
Gráfico 2: Proporção de redutibilidade dos óbitos infantis, Florianópolis-SC, 2006 a 2014.



Fonte: Lista Brasileira de Causas evitáveis pelo SUS em menores de 5 anos.
Tabwin/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 01 de abril de 2015.

A proporção dos óbitos infantis considerados redutíveis pelo SUS em Florianópolis oscilou entre 74,5% em 2009 e 48,3% em 2013 (gráfico 2), destacando que a meta de 5 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2017 (meta do Plano Municipal de Saúde 2014-2017) é plenamente alcançável com incremento da qualidade da saúde materno infantil.

Gráfico 3: Número de óbitos infantis de acordo com o tipo de Redutibilidade em Florianópolis-SC, 2006 a 2014.



Fonte: Lista Brasileira de Causas evitáveis pelo SUS em menores de 5 anos.
Tabwin/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 01 de abril de 2015. *Dados parciais.

A análise do tipo de redutibilidade (gráfico 3) evidencia que as causas relacionadas ao pré-natal e à assistência ao recém nascido destacam-se em toda a série histórica. Como as investigações dos óbitos de 2014 ainda não foram totalmente discutidas no CPOIFF, ainda é possível a modificação da causa básica de alguns óbitos deste ano, com impacto na classificação acima.

Os óbitos redutíveis por adequada atenção na gestação variaram entre 43% e 54% no período de 2011 a 2014, valores semelhantes aos encontrados em estudo realizado em Pelotas relativos a coortes de nascidos vivos dos anos de 1993 e 2004, que apontou que 36,9% a 50% dos óbitos infantis eram redutíveis por atenção adequada nesta etapa do cuidado à saúde. Por outro lado, neste estudo 8% a 3% dos óbitos seriam redutíveis por adequada assistência ao recém-nascido, valores muito inferiores ao de Florianópolis, onde os óbitos redutíveis nesta fase do cuidado chegaram até 64% dos óbitos em alguns anos da série histórica. [2]

Os dados acima, associados a achados de estudo realizado em Cuiabá [3], indicam a necessidade de qualificação tanto do pré-natal como de investimento junto à rede hospitalar para impactar positivamente neste indicador.

FATORES DE RISCO

Buscando identificar fatores de risco para óbito infantil em Florianópolis-SC, foram analisadas as coortes dos nascidos vivos de 2012 e 2013. Foi utilizada a estatística qui-quadrado (com intervalo de confiança de 95%) para análise independente de cada possível fator de risco e considerados como significativos os resultados com valor p menor de 0,05, sendo os resultados expostos na tabela 1.

Tabela 1. Fatores de risco para óbito infantil em Florianópolis, 2012 e 2013.

	2012		
	Risco relativo	**IC 95%**	**Valor p**
Apgar menor de 7 (5º min)	**41,67**	**24,55-70,72**	**<0,0001**
Baixo peso ao nascer	**43,00**	**21,60-85,57**	**< 0,0001**
Prematuridade	**24,25**	**12,99-45,26**	**<0,0001**
Gemelaridade	**11,12**	**5,72-21,61**	**<0,001**
Parto Cesariana	**1,03**	**0,59-1,77**	**0,91**
Situação conjugal não estável	**0,57**	**0,28- 1,18**	**0,13**
Anomalia congênita	**23,69**	**11,71-47,93**	**<0,0001**
Menos de 7 consultas de PN	**7,31**	**3,71-14,39**	**<0,0001**
Mãe menor de 20 anos	**1,11**	**0,50-2,47**	**p=0,78**
Mãe maior de 35 anos	**1,61**	**0,87-2,99**	**p=0,13**
Pelo menos um fator de risco	**16,07**	**5,79-44,55**	**<0,0001**

	2013		
	Risco relativo	**IC 95%**	**Valor p**
Apgar menor de 7 (5º min)	**87,04**	**41,19-183,91**	**<0,0001**
Baixo peso ao nascer	**12,48**	**5,80-26,83**	**<0,0001**
Prematuridade	**10,01**	**4,50-22,25**	**<0,0001**
Gemelaridade	**xxx**	**xxx**	**xxx**
Parto Cesariana	**0,54**	**0,25-1,21**	**p=0,13**
Situação conjugal não estável	**2,23**	**1,02-4,88**	**p=0,04**
Anomalia congênita	**26,34**	**10,78-64,36**	**<0,0001**
Menos de 7 consultas de PN	**7,31**	**2,66-20,08**	**p=0,0001**
Mãe menor de 20 anos	**3,8**	**1,70-8,50**	**P=0,0011**
Mãe maior de 35 anos	**1,02**	**0,38-2,72**	**0,95**
Pelo menos um fator de risco	**3,59**	**2,89-4,46**	**<0,0001**

Fonte: SINASC e SIM/Florianópolis-SC, 01/04/2015.

Como as análises foram feitas apenas para cada fator separadamente, é possível que confundidores sejam responsáveis por diferenças no impacto do alguns fatores de risco nos anos avaliados. Avaliações adicionais devem aprimorar esta análise.

Apesar disso, a avaliação permite algumas considerações:

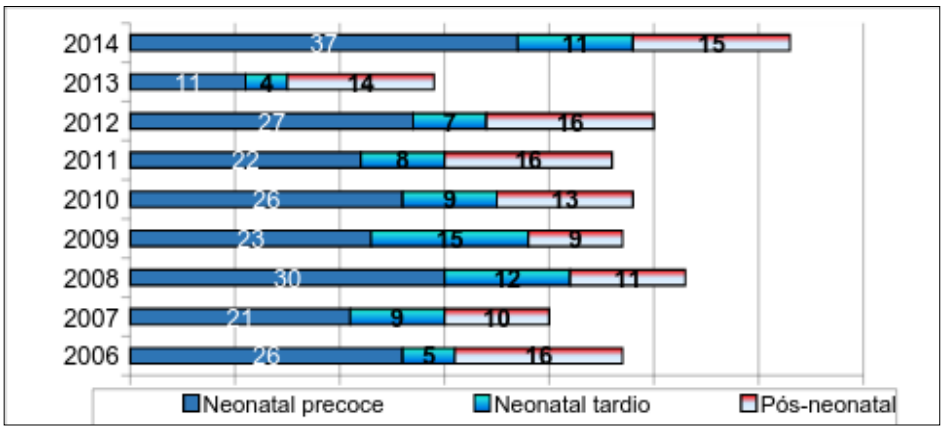
1. Quando pelo menos um dos fatores de risco está presente, o risco de óbito no primeiro ano de vida já fica consideravelmente aumentado, requerendo atenção especial. A maioria destes fatores de risco só vai ser identificada no momento do nascimento da criança.
2. O Apgar no 5º minuto menor que 7 e a presença de anomalias congênitas somaram os valores mais expressivos considerando os dois anos da coorte avaliada.
3. Os achados relacionados à prematuridade e baixo peso ao nascer confirmam dados da literatura que apontam estes dois fatores como causas importantes de mortalidade infantil. [(4)] Por outro lado, menos de 7 consultas no PN, prematuridade e baixo peso ao nascer são variáveis associadas à interrupção da gestação antes das 38 semanas necessárias ao adequado desenvolvimento fetal, sendo o parto prematuro um dos principais problemas a serem enfrentados em Florianópolis.

A prematuridade apareceu como um dos fatores de risco mais presentes nos óbitos ocorridos em Florianópolis em 2014 - 45 casos (70%) - sugerindo que aspectos relacionados ao pré-natal e parto devem ser melhor observados e analisados no

processo de assistência e planejamento em saúde [5], sendo isto indispensável para reduzir este índice e consequentemente da taxa de mortalidade infantil.

Ao avaliarmos a idade em que ocorreram os óbitos infantis na série histórica, identificamos que, tanto a redução observada em 2013 quanto o aumento observado em 2014, ocorreram principalmente no período neonatal precoce (Gráfico 4). Os óbitos neonatais precoces (ONP) (ocorridos nos primeiros 7 dias de vida) representavam cerca de 50% da TMI até 2012 (variação de 47,8% a 54%). Em 2013 se registrou a menor proporção da série histórica, 37,9% (11 casos). Já em 2014, os ONP responderam por 58% dos 63 óbitos.

Gráfico 4: Número de óbitos infantis, classificados por idade, Florianópolis/SC, 2006 a 2014.

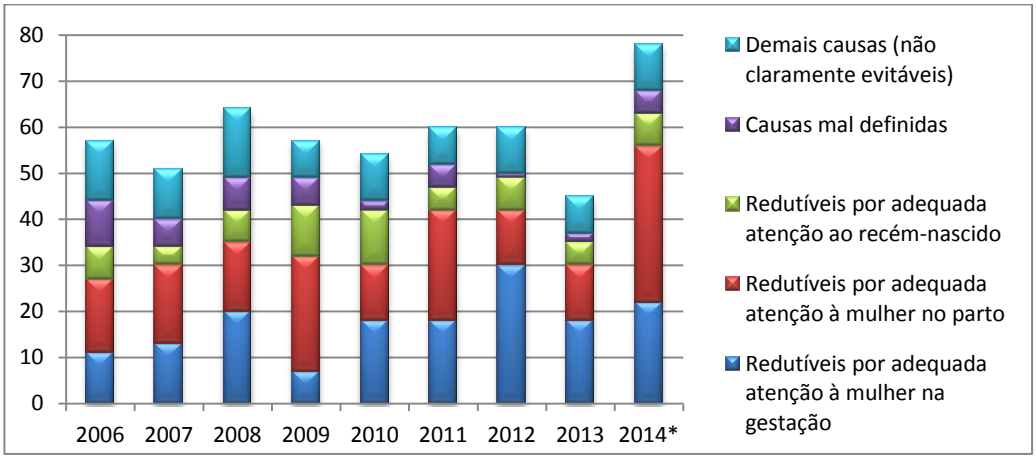


Fonte: SIM/SINASC- Florianópolis/SC, 01 de abril de 2015.

Em 2014, 86,5% dos ONP ocorreram em prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas). Destes, 50% seriam redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação.

Considerando as peculiaridades dos ONP e sua relação com as circunstâncias de pré-natal e parto associadas também a óbitos fetais (OF), foi avaliada a série histórica de óbitos perinatais (OF + ONP) ocorridos em Florianópolis. O Gráfico 5 traz a avaliação de evitabilidade conforme momento da intervenção dos serviços de saúde.

Gráfico 5: Avaliação da evitabilidade dos óbitos perinatais. Florianópolis-SC, 2006 a 2014.



Fonte: Lista Brasileira de Causas evitáveis pelo SUS em menores de 5 anos.
Tabwin/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 01/04/15. *Classificação ainda pendente de análise pelo CMI

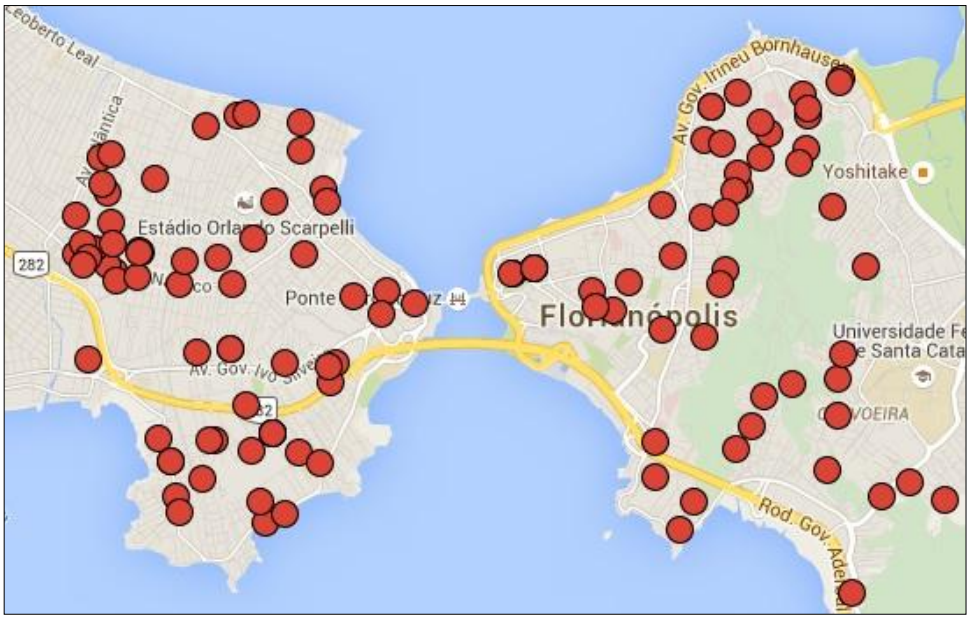
Diferente do evidenciado em relação aos ONP, os óbitos evitáveis por atenção ao parto passam a ser os mais frequentes na série histórica dos óbitos perinatais, o que revela que a concentração de esforços não pode dirigir-se exclusivamente à melhoria da assistência pré-natal. Atenção também precisa ser dada à continuidade da assistência até o momento do parto e a assistência hospitalar qualificada. [6]

Em relação às causas de óbito perinatal, a sífilis merece especial destaque. Foram identificados, entre 2012 e 2014, 11 óbitos fetais e um ONP por Sífilis Congênita em Florianópolis (fonte: SIM e SINAN/Florianópolis). Dada a importância deste tema, a Sífilis Congênita divide atenção neste boletim, e será melhor discutida a seguir.

Distribuição Espacial dos Óbitos Infantis Evitáveis de Florianópolis

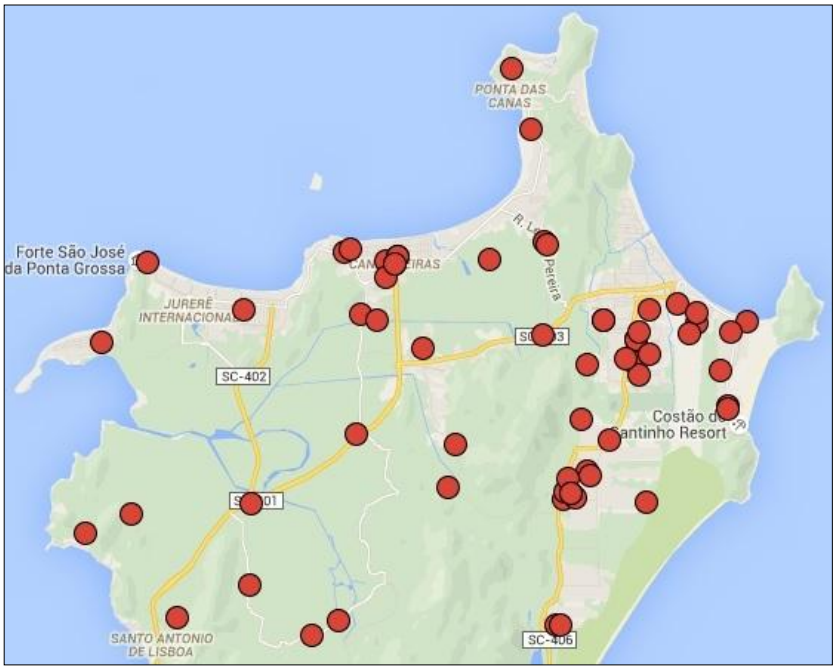
A fim de avaliar os riscos de óbito infantil em relação à organização espacial do município, foi avaliada a distribuição geográfica dos óbitos infantis evitáveis entre 2006 e 2014. As figuras 1 e 2 exemplificam áreas do município em que estes óbitos se concentram, sejam em regiões de maior aglomeração demográfica ou de maior vulnerabilidade social.

Figura 1: Distribuição dos Óbitos Infantis Evitáveis entre 2006 e 2014 - Centro e Continente.



As maiores concentrações de óbitos ocorreram nos Distritos Continente, Centro e Norte, os mais populosos do município. Dentro destes, algumas regiões merecem destaque especial. No Distrito Norte, há regiões no Rio Vermelho que acumulam 7 óbitos num raio de aproximadamente 500m. No Bairro Agronômica, num raio de 400m já foram registrados 8 óbitos evitáveis no período estudado. Entretanto, maior destaque merece a região do Bairro Monte Cristo. Num raio de menos de 400m já foram registrados 14 óbitos infantis evitáveis entre 2006 e 2014.

Figura 2: Distribuição dos Óbitos Infantis Evitáveis entre 2006 e 2014 - Norte.



A estabilidade da TMI da última década e a concentração de óbitos evitáveis em algumas regiões sugerem que, apesar do alto IDH de Florianópolis, as diferenças na distribuição interna de renda estão diretamente relacionadas aos índices de mortalidade infantil do município. Cabe ao sistema de saúde investir na equidade a fim de dirimir estas diferenças e chamar os demais setores da sociedade para esta reflexão, procurando construir uma cidade mais justa para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) MALTA, Deborah Carvalho et al. *Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 4, dez. 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002>. Acesso em 05 jun. 2015.

(2) SANTOS, Iná S. et al. *Óbitos infantis evitáveis nas coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de 1993 e 2004*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2331-2343, nov. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102331>. Acessos em 05 jun. 2015.

(3) LOURENCO, Eloá de Carvalho; BRUNKEN, Gisela Soares; LUPPI, Carla Gianna. *Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 4, dez. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400016>. Acessos em 05 jun. 2015.

(4) SILVEIRA, Mariângela F et al. *Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500023>. Acesso em 05 jun. 2015.

(5) SOARES, Enio Silva; MENEZES, Greice Maria de Souza. *Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 19, n. 1, mar. 2010. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100007>. Acesso em 05 jun. 2015.

(6) LANSKY, Sônia; FRANCA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. *Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700017>. Acesso em 05 jun. 2015.

SÍFILIS CONGÊNITA

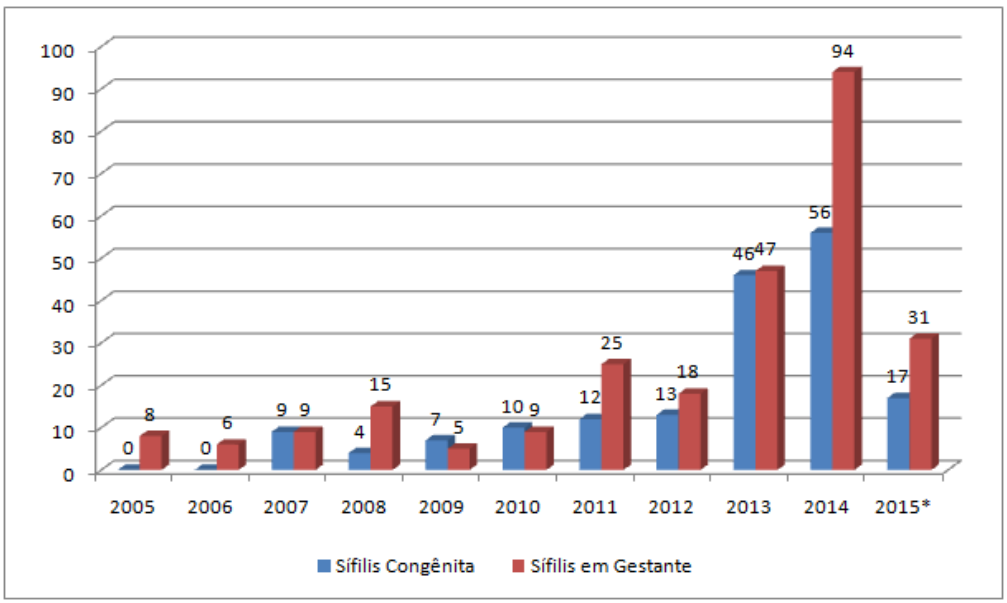
A sífilis persiste como grave problema de saúde no mundo, mesmo com as facilidades de acesso ao diagnóstico e tratamento. A sífilis durante a gravidez também segue como causa importante de morbidade e mortalidade perinatal em muitos países. Uma das consequências deste panorama é o aumento da Sífilis Congênita (SC), transmitida ao recém-nascido por via transplacentária pela gestante infectada e não tratada, em qualquer fase da gravidez. A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo para 30% nas fases latente e terciária. As taxas de mortalidade perinatal pós sífilis chegam a 40%. [1,2]

A SC é uma doença prevenível, bastando que a gestante infectada seja detectada e prontamente tratada, assim como o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais). Portanto, a medida mais efetiva para seu controle é oferecer, a toda gestante, uma assistência pré-natal adequada. (3) As ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto; porém, essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer. [1,2]

No Brasil, a sífilis apresenta-se como uma doença em ascensão: cerca de 900 mil novos casos são registrados a cada ano. Estima-se que 1,6% das gestantes no Brasil sejam portadoras da doença. [1,2]

Em Florianópolis, não é diferente. De 2005 a 2015*, foram notificados e investigados 190 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade; destes, 10 resultaram em óbito fetal, 08 em abortos e 16 casos foram descartados. Em 2012, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 2,37 por 1000 nascidos vivos. Esta taxa aumentou consideravelmente a partir de 2013 e 2014, resultando em uma taxa de incidência de 8,17 e 10,54/1000 NV respectivamente, representando um aumento superior a quatro vezes em relação a 2012 (gráfico 1).

Gráfico 1. Série histórica dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, Florianópolis, 2007-2015.



Fonte: SINAN Net, 13/05/2015. * Dados parciais

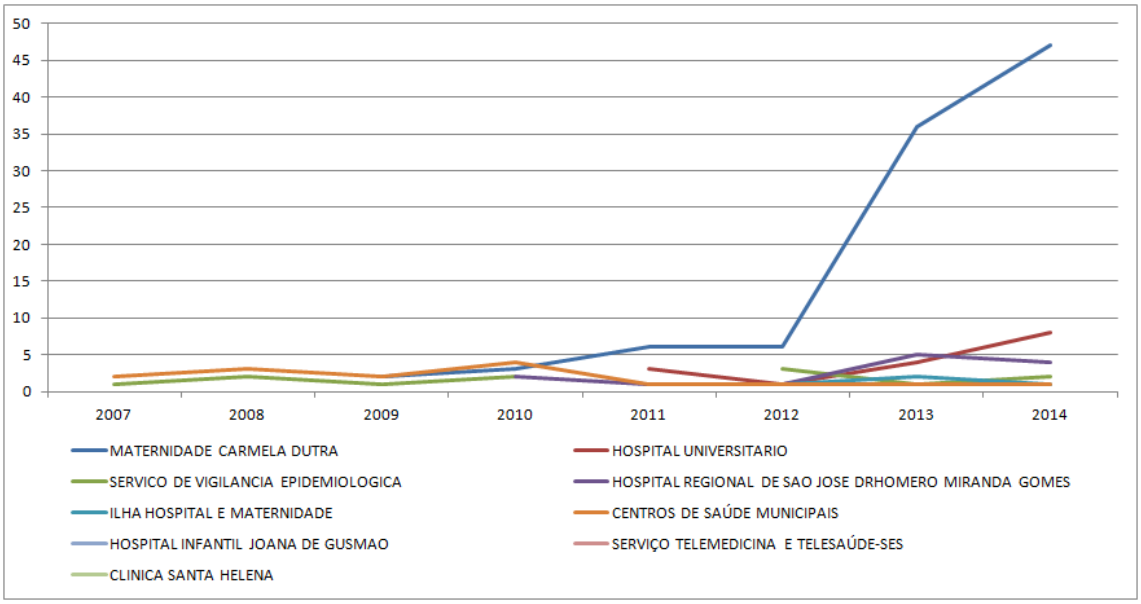
VIGILÂNCIA DOS CASOS

Após o Alerta Epidemiológico de 2013, foi observada uma maior sensibilidade para notificação dos casos de sífilis em gestante em Florianópolis.

A notificação de casos é compulsória e deve ser feita **por todo profissional de saúde** no exercício de sua função. [2] As Fichas de Notificação e Investigação Epidemiológica de Caso de Sífilis Congênita (SC) e Sífilis na Gestação (SG) devem ser completas e corretas, de forma a gerar informações confiáveis.

O aumento das notificações nestes últimos anos pode ser consequência do aumento real do número de casos, mas pode refletir também a qualificação da rede assistencial resultante de iniciativas de capacitação de recursos humanos e maior publicidade para o problema. Entretanto, também sinaliza que estamos muito longe da meta de eliminação da SC estabelecida em 1997 pelo Ministério da Saúde: o registro de até 01 caso por 1.000 NV/ano.

Gráfico 2. Série histórica de casos confirmados de sífilis congênita, por unidade notificadora, Florianópolis, 2007-2014.



Fonte: SINAN Net, 13/05/2015. * Dados parciais

Considerando que uma das fontes notificadoras concentrou quase todo o aumento das notificações de SC a partir de 2012, foi realizada revisão dos casos por ela notificados, a fim de avaliar a possibilidade de excesso de sensibilidade laboratorial na instituição. Metade destes possuíam registro no INFOSAUDE (sistema de prontuário eletrônico municipal), o que permitiu revisão do atendimento pré-natal. Em todos estes o diagnóstico de SG foi confirmado. Assim, o mais provável é que o aumento observado tenha sido resultado da redução da subnotificação a partir da implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da instituição, o que alerta para a possibilidade de grande subnotificação em outros hospitais, maternidades e serviços de saúde do município.

Neste sentido, foi realizada avaliação da taxa de detecção de SC nas demais maternidades do município. O resultado pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1: Taxa de detecção da sífilis congênita (SC) por 1.000 nascidos vivos de acordo com a maternidade notificadora nos anos de 2014.

	Tx de SC/1000 NV-2014
CLINICA SANTA HELENA	0,78
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ	14,71
HOSPITAL UNIVERSITARIO	5,66
ILHA HOSPITAL E MATERNIDADE	1,07
MATERNIDADE CARMELA DUTRA	26,72

Fonte: SINAN e SINASC/Tabwin Florianópolis, 30/05/2015.

Considerando as diferenças apresentadas, especialmente se compararmos os serviços públicos e privados entre seus pares, é possível que parte do aumento de SC identificado nos últimos anos seja resultado de melhor organização da vigilância hospitalar e diminuição da subnotificação em algumas instituições, visto que é pouco provável que a diferença entre as taxas de SC sejam devidas a diferenças nos perfis de pacientes atendidos nestas instituições.

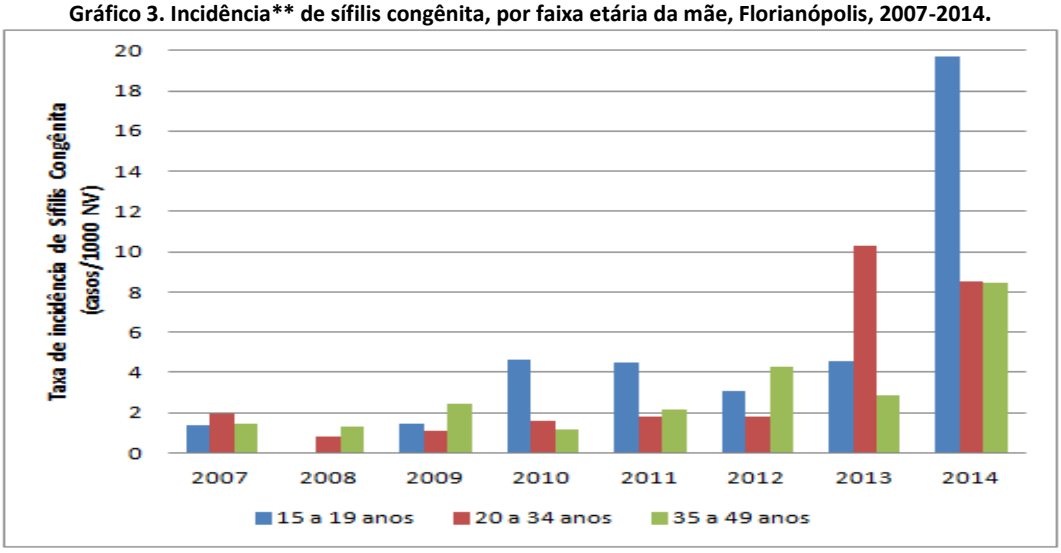
Características Associadas à Sífilis Congênita em Florianópolis

Buscando apoiar as ações de prevenção, foi feita avaliação do perfil dos casos de SC do município, e algumas características se destacaram, como pode ser visto a seguir:

Faixa etária da mãe

Houve um aumento substancial na incidência da SC na faixa etária de 15 a 19 anos entre 2013 e 2014, passando de 4,55 casos por 1000 NV em 2013 para 19,74 em 2014. Conforme os dados de 2014, o risco de ocorrência de SC nesta faixa etária é 2,33 vezes superior à faixa etária com menor prevalência (35 a 49 anos), demonstrando o aumento da vulnerabilidade das gestantes mais jovens e destacando a importância de fortalecer ações para esse grupo específico.

Gráfico 3. Incidência de sífilis congênita, por faixa etária da mãe, Florianópolis, 2007-2014.**

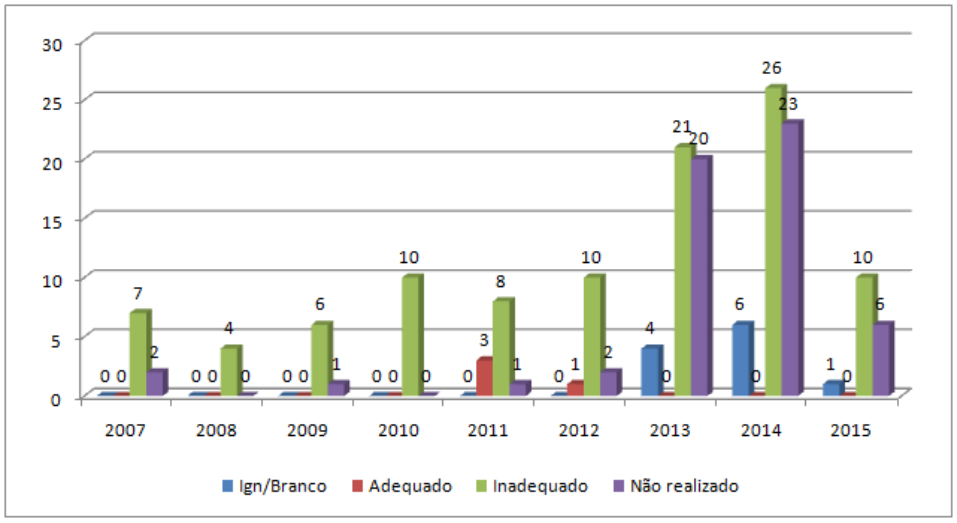


Fonte: SINASC e SINAN Net Florianópolis, novembro de 2014. *Dados parciais. **casos/1000 nascidos vivos.

Tratamento de sífilis gestacional

Considerando a elevada taxa de transmissão vertical e que o tratamento adequado da gestante é altamente eficaz, um dos principais fatores de risco para SC é não realizar este tratamento adequado.

Gráfico 4. Frequência de sífilis congênita por ano de diagnóstico segundo esquema de tratamento, Florianópolis, 2007-2014.



Fonte: SINAN Net, 13/05/2015.

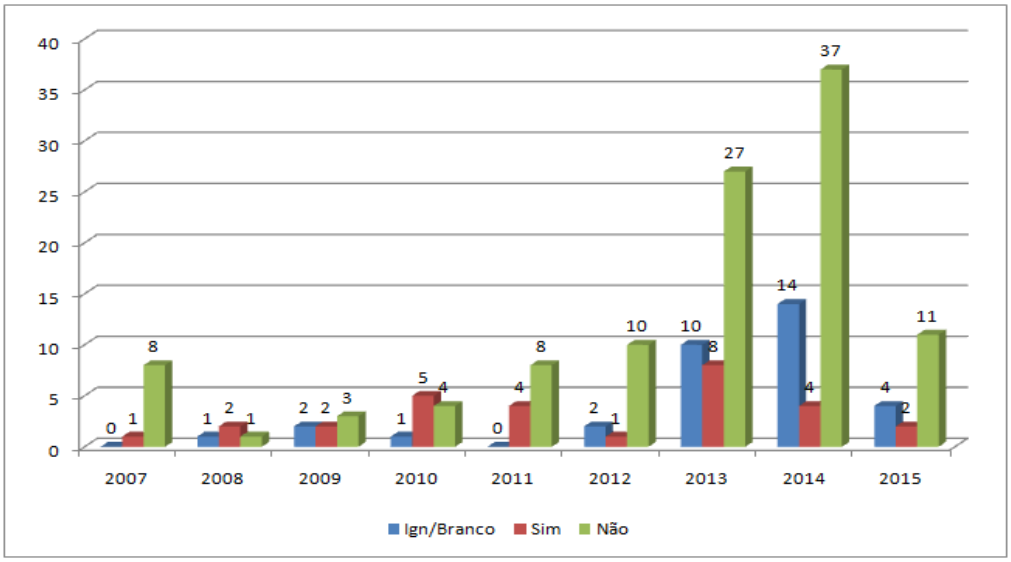
No acumulado da série histórica, prevalece o tratamento inadequado. Porém, a partir de 2013, chama a atenção o grande número de tratamentos não realizados - quando nem a gestante nem o parceiro receberam tratamento para sífilis (em alguns casos, sequer foram diagnosticados durante a gestação). Esse panorama pode ser resultado tanto de falhas assistenciais como nas investigações epidemiológicas, ressaltando a urgência da qualificação das informações, seja nos prontuários, seja nas fichas de investigação. A instituição do Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce, recomendado pelo Ministério da Saúde, deve apoiar a qualificação e confiabilidade destas informações.

O Manual de bolso (2006) com as ***diretrizes para controle da sífilis congênita*** (http://migre.me/qioKq) traz as definições de tratamento adequado e inadequado de sífilis na gestação.[1]

Tratamento do parceiro

O tratamento do parceiro é crucial para a quebra da cadeia de transmissão da sífilis, prevenção da re-infecção materna e prevenção da SC.[8] Entretanto, na série histórica, menos de 50% dos parceiros foram tratados, situação que piorou nos últimos 3 anos (gráfico 5).

Gráfico 5. Frequência de sífilis congênita por ano de diagnóstico segundo tratamento do parceiro, Florianópolis, 2007-2014.



Fonte: SINAN Net, 13/05/2015

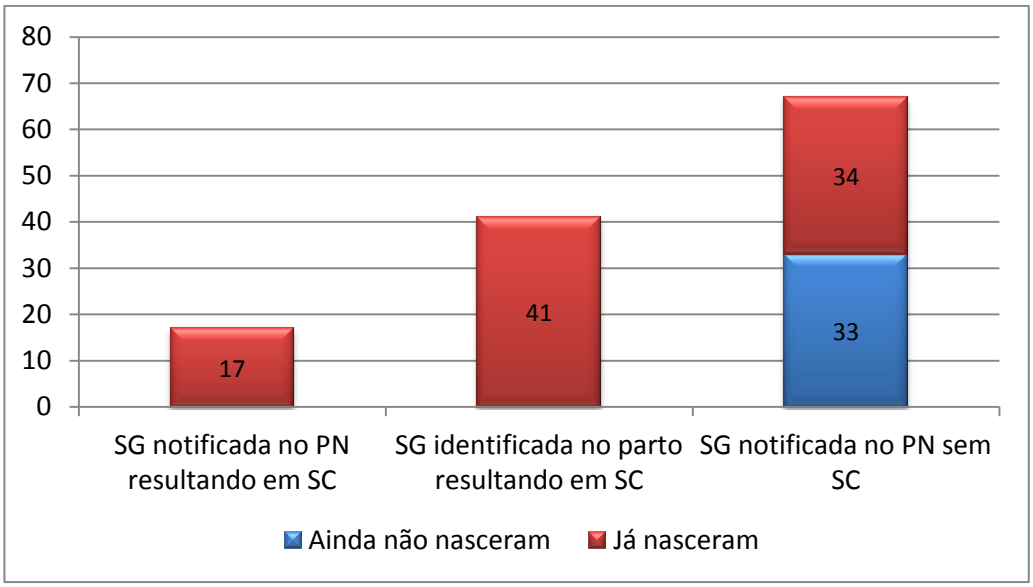
Uma avaliação da sífilis congênita realizada no Rio de Janeiro e publicada em 2007 apresentou percentuais de tratamento do parceiro variando de 16,1% a 25,1% ao longo de 5 anos de estudo, percentuais baixos mas bem superiores aos de Florianópolis entre 2012 e 2014.[7]

Qualidade do pré-natal (PN)

Um dos principais objetivos do atendimento PN é a identificação e eliminação ou controle de problemas de saúde que possam interferir no desenvolvimento da criança em formação. A sífilis é um exemplo clássico desse tipo de problema, uma vez que pode provocar vários danos à saúde do feto e do recém nascido, mas é facilmente diagnosticado e tem tratamento eficaz. Por isto, a SC é um dos indicadores que avaliam a qualidade do pré natal, e seu reaparecimento indica problemas no acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como problemas no monitoramento deste agravo.[5,6]

Uma revisão dos casos de SG e SC no período entre primeiro de janeiro de 2014 e trinta de abril de 2015, com o pareamento entre os bancos pelo nome da gestante e qualificação das informações através do INFOSAUDE (sistema de prontuários eletrônicos municipais), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), identificou problemas na oportunidade diagnóstica da SG. Dos 125 casos de SG no período avaliado, aproximadamente 33% só foram identificadas e notificadas nas maternidades (Gráfico 6).

Gráfico 6. Relação entre notificação de Sífilis Congênita (SC) e de Sífilis em Gestante (SG), 2014/2015.



Fonte: SINAN, SIM, SINASC e INFOSAUDE (13/05/2015).

Por outro lado, 84 casos de SG foram notificados ainda durante o PN. Destes, 33 gestações ainda não estavam encerradas até a data da análise e 20% resultaram em SC.

Para identificar os fatores associados ao desenvolvimento de SC, foi avaliada a coorte das gestantes com diagnóstico de sífilis entre 01/01/2014 a 30/04/2015. Foram excluídas as gestações ainda não encerradas até a data da análise. Para os cálculos do Risco Relativo (RR) e teste qui-quadrado, foi utilizada a calculadora eletrônica Medcalc, e foram considerados como significativos os valores de p< 0,05. Os resultados estão na Tabela 2.

Tabela 2: Risco para o desenvolvimento de SC de acordo com os fatores identificados no pré-natal na coorte das gestante (Florianópolis, 2014-2015)

n=51	RR	IC 95%	p- valor
Escolaridade da mãe <= a 8 anos	0,72	0,32-1,64	0,43
7 ou mais consultas de pré-natal	0,92	0,41-2,05	0,83
Prescrição correta	0,24	0,12-0,48	<0,001
Registro de aplicação de dose em prontuário da rede municipal	2,06	0,55-7,69	0,28
Tratamento confirmado do parceiro	0,27	0,07-1,03	0,0560

A prescrição correta do tratamento[i] teve efeito protetivo de 76% para o desenvolvimento de SC, reforçando a importância do tratamento supervisionado e na dose preconizada para a fase clínica da doença [(4)]. O efeito protetor do tratamento do parceiro não foi evidenciado nesta análise. Entretanto, considerando o intervalo de confiança, a demonstração de efeito possivelmente ficou prejudicada pelo pequeno tamanho da amostra.

É importante ressaltar que foram encontradas várias inconsistências de informação durante a revisão dos documentos, com informações conflitantes entre os registros no INFOSAUDE e as fichas de investigação, entre outros. A qualificação dos dados e a diminuição da subnotificação são essenciais para o diagnóstico da situação da sífilis em Florianópolis. A divulgação periódica das informações e a implementação do Protocolo de Investigação de Sífilis Congênita recomendado pelo Ministério da Saúde devem auxiliar na qualificação das informações, contribuindo de forma mais efetiva para as tomadas de decisões e políticas públicas relacionadas ao tema.

[i] Foi considerada prescrição correta aquela registrada no INFOSAUDE (todas as gestantes notificadas durante o pré-natal tinham prontuário eletrônico), com dose de penicilina adequada à fase clinica e com possibilidade de o tratamento ter sido finalizado até 30 dias antes do parto.

Florianópolis é uma capital com bom desenvolvimento econômico, uma grande rede de maternidades e a maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do país. É necessário que todo este potencial seja utilizado para reverter a triste realidade da sífilis congênita do município. Além disso, é necessário o esforço de diferentes atores para quebrar a barreira do preconceito que ronda a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, afinal, a prevenção da SC não se faz só com o cuidado à gestante mas, principalmente, protegendo os jovens e adultos da contaminação pela sífilis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://migre.me/qioKq>.

(2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

(3) SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo. *Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, out. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500012>. Acesso em 12 jun. 2015.

(4) MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. *Sífilis materna e congênita: ainda um desafio*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008>.

(5) SILVA, DMA et al. *Conhecimento dos Profissionais de Saúde Acerca da Transmissão Vertical da Sífilis em Fortaleza*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, vol. 23, n. 2, p. 278-285, Abr-Jun 2014.

(6) SARACENI, Valéria et all. *Vigilância da Sífilis na Gravidez*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol. 16, n. 2, p. 103-111, 2007.

MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE

A Gerência de Vigilância Epidemiológica atua no monitoramento dos indicadores do Pacto Municipal de Saúde e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) cuja fonte é um dos sistemas de informação sob sua responsabilidade no município, segundo o Caderno de Diretrizes disponível em http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf. Para o cálculo dos indicadores, considera-se a população IBGE disponível em http://www2.datasus.gov.br.

NOTAS DA TABELA DE INDICADORES

As informações referentes ao ano de 2015 são parciais (janeiro a abril).

NR Nenhum caso registrado.

* A fonte destes indicadores é o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), um inquérito anual cujos resultados costumam ser divulgados em meados do ano seguinte ao ano da avaliação.

** Para os anos de 2014 e 2015 foram considerados apenas os exames realizados no LAMUF.

*** Taxa por 100 mil habitantes. As 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis são: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. População residente entre 30 e 69 anos.

**** Não há informações disponíveis.

Nome do Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% de adultos (≥ 18 anos) que aval. saúde como ruim	4,1%	3,9%	4,0%	4,3%	4,2%	3,6%	4,9%	*	*
Prevalência Ativ. Física Sufic. no Tempo Livre (adulto)	27,5%	28,9%	32,8%	32,9%	32,1%	33,1%	43,9%	*	*
Prevalência de Tabagismo em Adultos	18,4%	15,8%	18,2%	16,0%	13,3%	13,6%	12,4%	*	*
Prevalência de Diabetes Mellitus	6,1%	4,9%	5,6%	6,5%	6,2%	7,3%	5,5%	*	*
Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	20,6%	22,1%	20,5%	22,3%	20,6%	21,7%	20,5%	*	*
Prevalência de Obesidade	11,3%	11,4%	13,0%	14,3%	15%	15,7%	15,4%	*	*
Incidência de Sífilis Congênita	9	4	7	10	12	13	42	55	21
Número de casos de AIDS em < 5 anos de idade	2	4	1	1	6	1	0	0	0
Taxa de APVP por Causas Externas por mil habitantes	19,7	22,9	19,0	20,3	18,2	17,6	14,7	17,6	9,4
Taxa de APVP por D. do Ap. Circulatório por mil hab.	7,8	7,9	7,8	7,4	7,2	7,4	7,9	8,3	9,7
Taxa de APVP por Neoplasias por mil habitantes	9,9	9,8	9,6	9,4	9,6	10,5	9,9	11,2	13,1
Taxa de mortalidade Infantil por mil nascidos vivos	7,94	9,93	8,98	9,05	8,43	9,09	5,20	10,9	8,9
Taxa de mortalid. premat. (30 a 69) pelas 4 DCNT***	129,2	131,0	136,5	126,5	262,3	269,5	256,4	290,6	312,2
Nº de óbitos maternos em determ. período e local	2	0	1	1	2	2	2	0	0
Proporção nasc. vivos mães c 7 ou + consultas de PN	65,3%	66,5%	67,8%	74,3%	70,0%	68,7%	68,8%	70,8%	73,4%
Proporção de Partos Normais	48,3%	47,7%	45,6%	44,4%	43,5%	44,7%	46,5%	48,5%	51,7%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	100,0%	80,0%	83,3%	66,7%	93,3%	83,3%	70,0%	80,0%	100,0%
Proporção de cura de CN de TB pulmonar bacilífera	80,2%	55,8%	64,2%	57,1%	62,5%	63,2%	67,6%	59,1%	25,0%
Cobertura vacinal com a vacina pentavalente	88,1%	82,2%	90,7%	86,4%	87,2%	77,6%	75,6%	77,5%	65,8%
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	0,0%	1,1%	39,5%	96,1%	100,0%	98,8%	66,7%	84,9%	77,1%
Proporção de óbitos maternos investigados	0,0%	0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	NR	NR
Proporção óbitos de mulh. em id. fértil investigados	0,0%	0,0%	99,1%	99,3%	98,1%	100,0%	82,4%	98,3%	95,9%
Proporção de óbitos ñ fetais c/ causa básica definida	98,8%	98,9%	99,7%	98,8%	98,8%	98,7%	99,1%	98,6%	98,7%
Proporção de DNCI encerradas oportunamente	75,0%	77,4%	74,5%	87,0%	93,6%	93,8%	96,6%	93,5%	87,6%
Número de US notificando violência doméstica	6	5	5	5	4	15	18	35	13
Proporção do CBV Crian. com coberturas alcançadas	16,7%	33,3%	33,3%	28,6%	42,9%	14,3%	25,0%	37,5%	25,0%
Proporção de exame anti-HIV real. entre CN de TB	72,0%	75,6%	75,4%	79,6%	82,5%	79,5%	78,4%	82,3%	81,0%
Casos de agravos relacion. ao trabalho notificados	138	476	387	565	582	558	766	916	158
Proporção de pacientes HIV+ 1º CD4 < 200 cel/mm^3	****	****	****	****	26,0%	27,0%	20,6%	51,1%	****
Proporção de contatos de CN de hanseníase examin.	43,6%	30,6%	42,1%	86,8%	89,5%	88,0%	66,7%	51,5%	0%
Razão de ex. citopatol. do colo do útero (♀ 25 a 64)	****	0,42	0,45	0,41	0,45	0,45	0,35	0,40	0,10
Razão de mamografias de rastreamento (♀ 50 a 69)	****	0,00	0,09	0,24	0,29	0,28	0,25	0,32	0,10
Número de testes de sífilis por nascido vivo	****	1,9	1,5	1,2	2,3	2,6	3,1	1,2**	1,3**

Secretaria Municipal de Saúde

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 6100
Florianópolis, SC - CEP 88036-700
Plantão 24h: (48) 3212-3907 Cel (48) 9985-2710
Tel: (48) 3212-3910 Fax: (48) 3212-3906
Email: vigilanciaepidemiologica@pmf.sc.gov.br

NA PRÓXIMA EDIÇÃO: **Tuberculose / Hanseníase**