

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

DANIELE CRISTINE SWAIZER GALGARO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS NOTIFICADOS COM SÍFILIS
ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE GRAMADO - RS**

PORTO ALEGRE

2019

DANIELE CRISTINE SWAIZER GALGARO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS NOTIFICADOS COM SÍFILIS
ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE GRAMADO - RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira

PORTO ALEGRE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Prof^a. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

<p>Galgaro, Daniele Cristine Swaizer Perfil Epidemiológico dos Indivíduos Notificados com Sífilis Adquirida no município de Gramado - RS / Daniele Cristine Swaizer Galgaro. – 2019. 39 f. Orientador: Paulo Antônio Barros de Oliveira; . Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR – RS, 2019. 1. Sífilis. 2. Epidemiologia. 3. Gestão em Saúde. I. Oliveira, Paulo Antônio Barros de, orient. II.</p>

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Daniele Cristine Swaizer Galgaro

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS NOTIFICADOS COM SÍFILIS
ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE GRAMADO - RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira

RESUMO

Introdução: Estima-se que a Sífilis Adquirida atinja mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, a infecção é considerada um grave problema de saúde pública, com taxas de detecção que vêm aumentando significativamente a cada ano. A região Sul é responsável pela maior taxa de detecção do Brasil e o estado do Rio Grande do Sul apresenta taxa de detecção acima da média nacional. Objetivo: Diante disso, o objetivo da pesquisa foi traçar um perfil epidemiológico da população residente em Gramado, município do Rio Grande do Sul, acometida por Sífilis Adquirida, no período de 2014 a 2018. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa. Foram analisados os registros institucionais e dados epidemiológicos das fichas do SINAN do município, no período de 2014 a 2018. Resultados: Os resultados mostram um aumento de 283,3% de casos notificados no município no período, acometendo homens (54,8%), na faixa etária entre 20 e 24 anos (21,1%), brancos (68,4%), com Ensino Fundamental incompleto (10,1%), residentes do bairro Várzea Grande (26,4%) e da zona urbana da cidade (87,4%). O tratamento utilizado foi principalmente a Penicilina G. Benzatina 4.800.000 (68,8%). O tempo médio decorrido entre a data dos primeiros sintomas e a data de notificação foi de 2,96 anos. Conclusão: Os resultados obtidos demonstram que é necessário que os gestores de saúde ampliem a oferta de ações de prevenção, além de implementar uma política de prevenção e tratamento efetivos, que se adeque às variáveis sociodemográficas da população acometida.

Palavras-chave: Sífilis. Epidemiologia. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Administração Pública.

Epidemiological profile of reported cases of Acquired Syphilis in Gramado-RS/Brazil

ABSTRACT

Introduction: It is estimated that the Acquired Syphilis infection reaches more than 12 million people across the world. In Brazil, this infection is considered a serious public health problem, with detection rates which have been increasing significantly each year. The South region is responsible for the highest detection rate in Brazil and the State of Rio Grande do Sul shows detection rate above the national average. **Objectives:** Therefore, the aim of this research was to draw an epidemiological profile of the population living in Gramado, a municipality located in the state of Rio Grande do Sul, afflicted by Acquired Syphilis, from 2014 to 2018. **Methods:** It was a descriptive study with cross-sectional design and quantitative approach. The institutional records and epidemiological data from the Brazil's Information System for Notifiable Diseases, known as SINAN, of the Gramado municipality were analyzed. **Results:** The results showed an increase of 283.3% of cases reported in the municipality in the period. Regarding the epidemiological profile of the studied population, it was possible to verify that this population is mainly composed of men (54.8%), with ages between 20 and 24 years (21.1%), whites (68.4%), with incomplete elementary school (10.1%), residents of Várzea Grande neighborhood (26.4%) and from the urban area (87.4%). The treatment for the infection was mainly Penicillin G. Benzatine intramuscular (4.8 million units) (68.8%). The mean time elapsed between the date of the first symptoms and the date of notification was 2.96 years. **Conclusions:** The results show that it is necessary for municipal health managers to increase the supply of prevention actions, as well as to implement an effective prevention and treatment policy that fits the sociodemographic variables of the affected population.

Keywords: Syphilis. Epidemiology. Health Management. Health Policies. Public Administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição de casos de Sífilis Adquirida, no período de 2014 a 2018, notificados no município de Gramado - RS.....	26
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil epidemiológico da população notificada com Sífilis adquirida no município de Gramado – RS, de acordo com o ano de notificação.	23
Tabela 2 - Bairro de residência da população notificada com Sífilis Adquirida no município de Gramado – RS, nos anos de 2014 a 2018.....	27
Tabela 3 - Zona de residência e Tratamento realizado pela população notificada com Sífilis Adquirida no município de Gramado – RS, de acordo com o ano de notificação.	28
Tabela 4 - Associação entre o tratamento com as demais variáveis de estudo.	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO TEÓRICA	13
2.1 HISTÓRIA E EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS	13
2.2 CARACTERÍSTICAS DA SÍFILIS	15
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA	38

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ocorrem constantemente e possuem inúmeras manifestações clínicas e agentes etiológicos (vírus, fungos, bactérias, protozoários, entre outros) e geram impacto nas relações pessoais, sociais e familiares da vida dos indivíduos (BRASIL, 2015a). As ISTs são transmitidas principalmente por contato sexual, via sanguínea ou de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação (BRASIL, 2015a). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) ocorrem mais de um milhão de casos de ISTs por dia, mundialmente. A cada ano, pelo menos 500 milhões de pessoas adquirem alguma IST curável (OMS, 2013).

Dentre as ISTs destaca-se a Sífilis, infecção de caráter sistêmico, curável, exclusiva ao ser humano e de abrangência mundial, causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa pertencente ao grupo das espiroquetas, descoberta em 1905 (BRASIL, 2005a). Em 2016, a Sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2018). É considerada uma IST persistente, que desafia a humanidade há séculos, sendo considerada a mais grave das ISTs, ficando atrás apenas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), a Sífilis Adquirida atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde.

A infecção pode ser classificada em congênita, quando a transmissão é de mãe para filho dentro do útero, ou adquirida, transmitida através de contato sexual ou transfusão sanguínea (OMS, 2005). De acordo com Nota Informativa que estabelece os critérios para definição de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, considera-se portador de Sífilis Adquirida todo indivíduo assintomático que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, mas sem registro de ter sido tratado previamente. Ou ainda, indivíduos com sintomatologia para Sífilis, com pelo menos um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação (BRASIL, 2017a).

A Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, estabelecida em 2005, foi criada com o objetivo de garantir os direitos relacionados também à

saúde sexual, favorecendo o acesso da população ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de IST's, incluindo a Sífilis (BRASIL, 2005b). A partir dela, o governo buscou investir em ações educativas, através da distribuição de manuais técnicos e cartilhas educativas aos gestores de políticas públicas, profissionais da saúde e população em geral, bem como elaboração de diretrizes e protocolos (BRASIL, 2005b). Dentre elas, foi lançado em 2015 o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para a atenção integral às pessoas com IST, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde no país e orientar os gestores quanto ao manejo programático e operacional desses agravos, assim como nortear a conduta dos profissionais de saúde (BRASIL, 2015a). Além disso, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde, nos dois últimos anos, tem considerado o tratamento da Sífilis Congênita e Adquirida como umas das prioridades, com estratégias para a redução dessas infecções como destaque dentro das suas ações (BRASIL, 2015b).

A OMS elegeu como uma das prioridades a implantação de ações de prevenção e controle de Sífilis nos anos de 2016 a 2021. Para alcançar a meta definida pela OMS de reduzir em 90% os casos até 2030, foram propostas várias estratégias entre as quais se destaca o fortalecimento das ações de vigilância, possibilitando o monitoramento e planejamento das ações a serem organizadas (OMS, 2013).

Em 2010, foi implantada a notificação compulsória para os casos de Sífilis Adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, sendo obrigatória para profissionais de saúde ou responsáveis por serviços públicos e privados que prestam assistência à saúde dos indivíduos (BRASIL, 2010a). Diante disso, houve um aumento na taxa de detecção de casos, de 2,0 casos a cada 100 mil habitantes em 2010, para 58,1 a cada 100 mil habitantes em 2017. Ainda no mesmo período, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 119.800 casos de Sífilis Adquirida, dos quais ocorreram 51,5% no Sudeste, 24,3% no Sul, 12,8% no Nordeste, 6,4% no Centro-Oeste e apenas 4,9% no Norte (BRASIL, 2018).

Na estratificação por regiões, a região Sul continua sendo a responsável pela maior taxa de detecção de Sífilis Adquirida, sendo 99,1 casos a cada 100 mil habitantes. No total foram notificados 29.169 casos na região, em 2017. Destes, 13.144 ocorreram no Rio Grande do Sul, o que corresponde a uma taxa de detecção

de 116,2 casos a cada 100 mil habitantes, o que supera a taxa de detecção média nacional, correspondendo ao segundo estado com maior taxa de detecção do Brasil, ficando atrás apenas do estado de Santa Catarina (122,4 a cada 100 mil habitantes) (BRASIL, 2018).

A partir da melhor caracterização da Sífilis, da observância das atuais políticas públicas em saúde e de um maior entendimento sobre a vulnerabilidade associada a cada segmento afetado pela população com IST, é possível ampliar, aprimorar e fortalecer as ações de saúde, possibilitando um melhor controle e enfrentamento desses agravos (SES, 2015). Por estar presente nos serviços de saúde do estado de maneira crescente, a infecção por Sífilis Adquirida apresenta preocupação entre as entidades de saúde, gestores e profissionais da área da saúde e comunidade em geral, no município de Gramado - RS. Analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos infectados por Sífilis Adquirida no município de Gramado poderá trazer subsídios para que os gestores de saúde locais promovam ações mais efetivas para a prevenção do agravo, além de contribuir para a implementação de uma política de prevenção adequada para as diferentes variáveis sociodemográficas da população em estudo. Será possível identificar grupos mais vulneráveis, coordenando ações específicas para essas determinadas populações.

Gramado é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul. Localiza-se na Serra Gaúcha, mais precisamente na Região das Hortênsias. Sua população estimada em 2018 é de 35.875 habitantes. Possui uma área de 237,019 Km² e um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,764. Sua demografia é etnicamente variada, com forte influência alemã e italiana. A cidade é o terceiro destino turístico mais visitado no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A Secretaria de Saúde do município é composta por uma sede local, junto ao Posto de Saúde Central, outras oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), duas farmácias municipais, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e Vigilância Sanitária (VISA) (GRAMADO, 2019).

Não foram encontradas em bases de dados públicas informações sobre Sífilis Adquirida no município até o momento. Nessa perspectiva, de altos índices de detecção no estado e carência de informações sobre o agravo no município torna-se necessário aprofundar o conhecimento sobre a situação epidemiológica relacionada à infecção por Sífilis adquirida do município de Gramado - RS. Portanto, questiona-

se: Qual o perfil epidemiológico dos indivíduos notificados com Sífilis Adquirida no município de Gramado - RS?

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIA E EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS

O termo Sífilis, que vem do grupo *sys*, que quer dizer sujo e de *philein*, que significa amor, dá ideia de como a infecção surgiu na história. A natureza do surgimento da Sífilis é controversa e, no decorrer da história, ficou conhecida como a doença do outro, do estrangeiro, pois nenhum país queria assumir ser terra natal da patologia (VERONESI; FOCACCIA, 2005). Ainda, diz-se que o termo Sífilis teve origem em um poema, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro, no seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A Sífilis ou Mal Gálico”). Tal obra narra a história de Syphilus, um pastor que amaldiçoou Apolo e foi punido com o que seria a Sífilis. O próprio poeta, em 1546, levantou a hipótese de que a patologia fosse transmitida via relação sexual, ideia que não teve credibilidade. Apenas no final do século XIX, com Louis Pasteur, a ideia foi aceita (BRASIL, 2014).

Outras informações afirmam que a Sífilis ficou conhecida publicamente em 1495, acometendo o exército de Carlos VII, na França, que se constituía, principalmente, por mercenários espanhóis que, em 1490, fizeram parte de expedições ao novo mundo e, possivelmente, foram acometidos pela infecção por meio dos nativos. Acredita-se que a patologia tenha sido trazida ao continente americano junto com os conquistadores europeus (SANTOS JÚNIOR; VERONESI; FOCCACIA, 1996; BRASIL, 2014).

Alguns autores acreditam, ainda, que a Sífilis seria resultante de mutações e adaptações em espécies de treponemas endêmicos do continente africano (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Em relação ao Brasil, historiadores afirmam que não há sinais clínicos da doença no âmbito das antigas tribos indígenas (CARRARA, 1996; TEIXEIRA, 1997). Porém, Freyre (2003) assegura que a patologia já era conhecida no período colonial e que a contaminação ocorria em massa nas senzalas, sendo que não eram os negros que vinham contaminados, e sim, os senhores que contaminavam as negras.

Um marco para a história da Sífilis foi em meados do século XVIII, quando Philippe Ricord fez a diferenciação da Sífilis e da gonorreia, apontando três etapas da

doença. Já em 1905 o zoologista Fritz Schaudin e o dermatologista Paul Erich Hoffman descobriram o agente etiológico da Sífilis, o *Treponema pallidum*, através da análise de um preparado, a fresco, por Schaudin, de amostra existente na vulva de uma mulher com Sífilis secundária, coletada por Hoffmann. Os dois observaram em microscópio microrganismos espiralados, finos, que giravam em torno do seu maior comprimento e que se moviam para trás e para frente. Em um primeiro momento denominaram de *Spirochaeta pallida*, mas, cerca de um ano depois, modificaram o nome para *Treponema pallidum* (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Em 1905, foi descoberto o primeiro medicamento ativo no tratamento contra a infecção, derivado das arsênicas trivalentes, ou Salvarsan, porém somente em 1928 a cura foi alcançada por meio da descoberta da penicilina, pelo britânico Alexandre Fleming e, em 1943, a sua eficiência no tratamento da Sífilis foi comprovado por John Mahoney (BRASIL, 2009).

A elaboração da primeira sorologia para Sífilis (Lues) ocorreu em 1906, a partir da detecção de anticorpos existentes no soro de indivíduos acometidos pela infecção, desenvolvida pelo bacteriologista August Paul Von Wassermann (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013). Com a incorporação da penicilina e a sua eficiência no tratamento, diversos indivíduos consideraram que a patologia estivesse sob controle, o que provocou a diminuição do interesse na pesquisa e controle da infecção (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Na década de 90, uma nova epidemia de Sífilis apareceu, com relevante repercussão sobre o surgimento de novos casos em recém-nascidos. Hoje, sabe-se que a infecção em gestantes não tratadas resulta na transmissão de 60 a 100% de casos de Sífilis congênita. E, foi nesse contexto que, a partir da segunda metade do século XIX, a Sífilis surgiu como um importante problema de saúde pública, na maior parte dos países ocidentais (SÁNCHEZ; WENDEL, 1997). A OMS estima que, a cada ano, ocorram 12 milhões de novos casos em todo o mundo, na população adulta (OMS, 2013).

No Brasil, a Sífilis adquirida tornou-se doença de notificação compulsória em 2010, através da portaria 2.472 de 31 de agosto de 2010, sendo obrigatória a notificação no SINAN para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis por serviços públicos e privados que prestam assistência à saúde dos indivíduos (BRASIL, 2010a). Para notificação, deve ser utilizada a ficha de notificação individual

do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que contém atributos comuns a todos os agravos (BRASIL, 2017a).

Há séculos, a Sífilis desafia a humanidade; é uma doença infecciosa crônica, que ataca praticamente todos os órgãos e sistemas. Tornou-se uma das principais pragas mundiais, por apresentar rápida disseminação. É considerado um problema de saúde pública ainda na atualidade, mesmo possuindo tratamento barato e eficaz (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

2.2 CARACTERÍSTICAS DA SÍFILIS

Também conhecida como Lues, a Sífilis é uma infecção bacteriana de evolução lenta, infectocontagiosa, que pode ser sintomática ou assintomática (BRASIL, 2015a). A infecção pode acometer o sistema cardiovascular e o nervoso quando apresentada na forma mais grave, em que não foi tratada. Saber reconhecer as manifestações clínicas e ler corretamente o resultado dos exames é muito importante para a confirmação do diagnóstico e para o início do tratamento, por isso é fundamental o conhecimento por parte dos profissionais da saúde (BRASIL, 2017b).

A Sífilis se classifica em adquirida ou congênita, de acordo com a via de transmissão. A Sífilis Adquirida é transmitida via sexual e na área gêrito-anal em quase sua totalidade. É de caráter sistêmico, apresentando manifestações cutâneas temporárias e sua evolução é dividida em recente e tardia. O período de incubação é de 21 dias após o contato sexual com o indivíduo infectado e as possibilidades de transmissão são de 100% na fase primária (com média de 21 dias), 90% na fase secundária (entre 6 semanas e 6 meses) e de 30% na fase terciária (mais de um ano de infecção) (BRASIL, 2010b).

O Brasil vive um período de aumento nos casos de Sífilis nos últimos anos. Entre os anos de 2010 e 2016, a taxa de detecção de Sífilis adquirida aumentou de 2 casos a cada 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 a cada 100 mil habitantes em 2016. Porém, deve-se considerar em todos os dados deste período, a implantação da notificação compulsória em 2010 e uma melhora na coleta de dados e não apenas um aumento real no número de casos (BRASIL, 2017b).

No total, em 2016, foram notificados 87.593 casos de Sífilis adquirida no Brasil. A maior proporção de casos ocorreu na região Sudeste. Entre 2010 a junho de 2017, foram notificados no SINAN 342.531 casos de Sífilis adquirida, sendo que 59,2% ocorreram na região Sudeste; 21,2% no Sul; 10,4% no Nordeste; 5,3% no Centro-Oeste e 3,9% no Norte (BRASIL, 2017b).

No estado do Rio Grande do Sul (RS) entre janeiro de 2010 e junho de 2015 foram notificados 17.085 casos de Sífilis adquirida. Entre 2012 e 2014 ocorreu um aumento no número de casos notificados no estado passando de 2.551 para 5.778 (SES-RS, 2015).

Em relação à taxa de detecção de Sífilis Adquirida, a região Sul aparece em destaque, com 72 casos a cada 100 mil habitantes, seguida pela região Sudeste, com 54,3 casos a cada 100 mil habitantes. O Rio Grande do Sul possui a maior taxa de detecção do Brasil, com 93,7 casos a cada 100 mil habitantes e apresenta um total de 10.571 casos notificados no ano de 2016 (BRASIL, 2017b).

Conforme Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2017b), além do RS, outros oito estados apresentam taxas de detecção maiores do que a taxa nacional (de 42,5%): Espírito Santo (82,5 casos/100 mil hab.), Santa Catarina (77,8 casos/100 mil hab.), São Paulo (67,4 casos/100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (51,9 casos/100 mil hab.), Roraima (48,4 casos/100 mil hab.), Paraná (46,7 casos/100 mil hab.), Distrito Federal (43,9 casos/100 mil hab.) e Tocantins (43,7 casos/100 mil hab.). Em relação às capitais, as maiores taxas de detecção foram em Florianópolis e Vitória, com 244,5 e 190,0 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre também apresentam taxas acima de 100 casos por 100 mil habitantes.

De acordo com as notificações do SINAN, em 2016, o maior percentual de Sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (34,1%), seguidos pela faixa entre 30 e 39 anos (22,1%), além disso, houve um aumento no percentual da faixa etária entre 13 e 19 anos de 39,9% entre 2010 e 2016. Em relação à escolaridade, em 37,7% dos casos esse dado foi ignorado, porém, entre os informados, 16,7% possuíam Ensino Médio completo e 21,3%, Ensino Fundamental incompleto. Ainda em 2016, a maior parte dos indivíduos notificados eram brancos (38,5%), seguido de pardos (33,1%) e pretos (9,3%) (BRASIL, 2017b).

A Sífilis é causada pelo *Treponema Pallidum*, um microrganismo aeróbio do tipo espiroqueta, da família dos *Treponemataceae*, considerada infectocontagiosa

sistêmica de evolução não crônica (BRASIL, 2015a). Esse gênero apresenta forma de espiral (6 a 14 espirais) móvel, possuindo um aspecto de saca-rolhas (EDGE; MILLER, 1995).

A transmissão da Sífilis ocorre principalmente por via sexual, sendo as fases iniciais as mais infecciosas, mas também as que melhor respondem ao tratamento. Isso se dá devido à multiplicação intensa do patógeno e pela grande quantidade de treponemas nas lesões que são comuns nesse período (BRASIL, 2015a; OMS, 2013). O contato com as lesões contagiosas pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de Sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Pode ainda ser transmitida por transfusão de sangue ou derivados, ou pelo contato direto com sangue contaminado (BRASIL, 2010c).

Quanto à etiopatogenia, a penetração do treponema é efetuada por pequenas abrasões associadas à relação sexual. Logo após, o treponema atinge o sistema regional e, por disseminação hematogênica, a outras partes do corpo. Uma resposta da defesa local resulta na erosão e na exaltação de um ponto de inoculação, enquanto que uma disseminação sistêmica resulta na produção de complexos e circulantes que podem se depositar em qualquer órgão (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Dependendo do estágio da infecção, ocorrem as manifestações clínicas. A Sífilis adquirida apresenta duas formas de classificação, segundo tempo de infecção e manifestações clínicas. Por tempo de infecção, é classificada em Sífilis adquirida recente, que se refere a menos de um ano de infecção, e a Sífilis adquirida tardia, que se refere a mais de um ano de infecção. Por manifestações clínicas, é classificada em primária, secundária, latente e terciária (BRASIL, 2015a; GARCIA, 2009).

Na fase primária, o período de incubação é entre 10 e 90 dias. Desenvolve-se uma lesão única no órgão genital, que é indolor, sem processo inflamatório e com bordas endurecidas, podendo ou não evoluir para ulceração, também chamada de cancro duro ou cancro primário. Na maioria dos casos, essas manifestações surgem na área genital três semanas após a inoculação e desaparecem sem deixar cicatriz no período de quatro a cinco semanas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010c).

A fase secundária tem início entre quatro e oito semanas após a lesão primária. A pele é a mais acometida, causando manchas avermelhadas de curta

duração, que pode se apresentar na forma de máculas e pápulas disseminadas. Também ocorre a escamação das regiões palmares e plantares e na mucosa oral pode haver lesões esbranquiçadas extremamente contagiosas, além do aparecimento de condiloma na genitália. Esses sintomas podem desaparecer sem tratamento em poucas semanas. Porém, quando não tratada, a Sífilis Secundária entra no período latente, no qual se considera recente no primeiro ano e tardio após esse período. Nessa fase o indivíduo acometido não apresenta nenhum sintoma. Apesar disso, é nessa fase que ocorre a maioria dos diagnósticos (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2015a). Cerca de 40% dos indivíduos com infecção latente irão desenvolver a Sífilis Tardia (Sífilis Terciária), porém, podem-se levar muitos anos para se manifestar qualquer sintoma (OMS, 2008).

A fase terciária apresenta-se como uma doença inflamatória e progressiva, evoluindo e afetando vários órgãos. É caracterizada por formação de gomas sífilíticas e tumores amolecidos na pele e mucosas e se propagar por todo corpo. As formas mais graves incluem a neurosífilis afetando o cérebro ou a medula espinhal e a Sífilis cardiovascular que acomete a aorta e o coração (BRASIL, 2010c).

Por existirem testes diagnósticos sensíveis, juntamente com as ações e medidas de programas de saúde pública, a Sífilis é um exemplo de IST que pode ser controlada com sucesso. Porém, ainda é um sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007a).

O diagnóstico depende da fase da infecção, podendo ser utilizado para triagem e distinção entre os indivíduos assintomáticos e sintomáticos (NADAL; FRAMIL, 2007). Em lesões da fase primária e secundária, pode-se aplicar o diagnóstico direto, no qual o treponema é demonstrado. Já a sorologia poderá ser utilizada duas a três semanas após o aparecimento do cancro, pois, nessa fase, os anticorpos podem ser detectados (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Como já mencionado, o diagnóstico pode ser realizado através de provas diretas e provas sorológicas (BRASIL, 2015a). O teste realizado por meio de prova direta pode ser realizado por microscopia de campo escuro ou por imunofluorescência direta. É o modo mais rápido e eficaz para se observar o treponema, que aparece móvel, porém, essa pesquisa só se aplica em material retirado das lesões e apresenta sensibilidade de 70% a 80% (BRASIL, 2010d; BRASIL, 2015b). Os testes realizados através de provas sorológicas são os mais utilizados e são divididos em treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2015b). Os

testes não-treponêmicos detectam anticorpos que não são específicos contra o *Treponema pallidum*. Entre eles temos o VDRL (*Venereal Disease Laboratory*) e RPR (*Rapid Test Reagin*) (BRASIL, 2014). São testes quantitativos, de baixo valor, positivam entre a segunda semana e a quarta semana após o aparecimento do cancro de inoculação e apresentam titulação mais alta nas formas secundárias, recente latente e tardia. Por se tratar de testes quantitativos e terem a tendência de ficarem negativos entre 6 meses e 12 meses, são testes indicados para o acompanhamento depois do tratamento (NADAL; FRAMIL, 2007).

Os testes treponêmicos acabam sendo mais utilizados, pois detectam anticorpos específicos produzidos pela infecção do *Treponema pallidum*, sendo eles os FTA-Abs (*Fluorescent treponemal antibody absorption*), MHA-TP (microhemaglutinação para *Treponema pallidum*), TPPA (*Treponema pallidum particle agglutination assay*), ELISA (*Enzymelinked immunossorbent assay*), e os testes rápidos, por imunogromatografia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). São testes qualitativos, que positivam duas semanas pós-cancro, e se mantêm em todas as fases evolutivas da doença. Por isso, não são indicados para acompanhamento pós-terapêutica (NADAL; FRAMIL, 2007).

O VDRL ainda é um teste muito utilizado para diagnóstico de Sífilis, embasando-se em resultados qualitativos (reagente ou não reagente) e quantitativos (titulação). A titulação possui grande relevância no diagnóstico, isso por que é por meio dela que será efetuado o controle de cura, fazendo uma comparação dos 10 títulos periodicamente. A sensibilidade do VDRL é de 70% na Sífilis primária, 99% na Sífilis secundária e por volta de 75% na terciária. Apresenta também elevada especificidade na Sífilis congênita (98%) (BRASIL 2016a; LIMA, 2002).

Segundo Nadal e Framil (2007), a pesquisa para Sífilis deve ser feita combinando testes específicos e não específicos, sendo principalmente utilizado o VDRL ou RPR e o FTA-ABS ou ELISA. Vários laboratórios têm optado pelo VDRL e pelo ELISA por se tratar de exames de fácil execução. É considerada positiva a titulação do VDRL quando o resultado for 1/16 ou superior. Se a titulação for inferior, é considerada falso-positiva se os testes treponêmicos forem negativos.

Foram criados recentemente e são muito utilizados na rede básica de saúde os testes rápidos para detecção das IST, os quais podem ser coletados em ambiente sem infraestrutura ambulatorial e os anticorpos treponêmicos são rapidamente detectados. É uma amostra de fácil coleta e não existe necessidade de

ser transportada sob refrigeração (BRASIL, 2010c). O resultado fica pronto em, no máximo, 30 minutos e os princípios metodológicos utilizados são de imunocromatografia de fluxo lateral ou de imunocromatografia em plataforma de duplo percurso (DPP). Utiliza-se o antígeno do *Treponema pallidum* e um conjugado composto por antígenos recombinantes desse para a realização do teste rápido. O dispositivo do teste rápido possui duas regiões, uma denominada T, que corresponde à área de “Teste”, em que são fixados os antígenos, e outra denominada C, que corresponde a área de “Controle” da reação (BRASIL, 2016b). A visualização das duas linhas (Teste e Controle) indica que o teste é reagente para Sífilis. Se apenas a linha de controle aparecer, o resultado é não reagente. Se a linha colorida não for visualizada na região de “Controle”, o teste deve ser considerado inválido, pois indica que não houve a reação adequada (BRASIL, 2016b). Se o teste rápido treponêmico apresentar resultado reagente para infecção por Sífilis, o indivíduo deverá ser encaminhado para a realização de teste não treponêmico para que ocorra ou não a confirmação da infecção (BRASIL, 2016b).

No momento em que a Sífilis é detectada, o profissional de saúde deve indicar e iniciar o tratamento o mais rápido possível. Para que uma nova infecção não ocorra, é importante que os parceiros também realizem os testes e sejam tratados (BRASIL, 2013).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d), para todas as apresentações e fases de Sífilis, a penicilina é o medicamento de escolha. Não existem relatos comprovando casos de resistência treponêmica à droga. A penicilina age interferindo na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *T. pallidum*. Em resumo, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), do Ministério da Saúde (2015a), o esquema de tratamento para Sífilis adquirida é indicado a partir da análise clínica do caso e de acordo com a fase da infecção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil epidemiológico da população residente em Gramado - RS acometida por Sífilis adquirida no período de 2014 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar de forma descritiva os casos de Sífilis;
Identificar o perfil sociodemográfico da população estudada;
Identificar o tratamento realizado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, empregando dados secundários de cunho documental.

De acordo com Costa e Barreto (2003), os estudos epidemiológicos descritivos têm como finalidade determinar a distribuição de doenças ou condições de um agravo específico, verificando aspectos importantes relacionados ao local, tempo e características dos indivíduos acometidos, como sexo, raça, idade, escolaridade, entre outros, para identificar, a partir dos resultados, grupos prioritários para ações. Já transversal é o estudo que analisa os dados de um determinado tempo e lugar, podendo ser de prevalência, se considerar casos novos e antigos, ou de incidência, se considerar apenas os casos novos do período (BORDALO, 2006).

Este estudo foi desenvolvido no setor de Vigilância Epidemiológica do município de Gramado, Rio Grande do Sul (RS). Foram consideradas objetos de análise as fichas de Notificação de Sífilis Adquirida do SINAN. A coleta foi realizada através dos dados epidemiológicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN quanto à Sífilis, cedidos pela Secretária Municipal de Saúde de Gramado. Salienta-se que os dados cedidos não contiveram informações pessoais, a fim de garantir o anonimato da população estudada. A formalização do aceite se deu através da assinatura do Termo de Autorização Institucional para Pesquisa (APÊNDICE A) por um representante da Secretaria de Saúde do Município. Foi considerada como critério de inclusão a condição de notificação no SINAN pelo município de Gramado, bem como ser residente do município. Foram excluídos casos notificados pelo município, mas referentes a residentes de outro município.

A pesquisa está de acordo com os princípios ético-legais, por se tratar de dados cujas informações não têm possibilidade de identificação individual, conforme as resoluções: nº466/12 e nº510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016d).

Os dados foram apresentados em tabelas e figuras com números absolutos, percentuais, média e desvio padrão e discutidos à luz do referencial teórico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os registros de 356 casos¹ de Sífilis Adquirida no município de Gramado, no período de 2014 a 2018. Mais da metade da população estudada é do sexo masculino (54,8%). A idade variou de 14 a 71 anos, sendo uma média de 33,71 anos e desvio padrão de 13,41 anos. A faixa etária predominante foi a de 20 a 24 anos (21,1%). A raça de cor branca foi a mais frequente (68,4%), seguida pela parda (6,2%) e preta (2%). A partir de dados do Censo do IBGE de 2010 observa-se que a raça de cor branca significa 87,82% da população total de Gramado, seguida por parda (10,55%), preta (1,60%) e indígena (0,03%) (IBGE, 2010). A escolaridade mais observada foi o Ensino Fundamental incompleto (10,1%). As variáveis Sexo ($p = 0,60$), Zona ($p = 0,11$) e Tratamento ($p = 0,52$) não foram associados ao ano de notificação. O perfil epidemiológico da população residente em Gramado - RS notificada com Sífilis Adquirida está descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico da população notificada com Sífilis adquirida no município de Gramado – RS, de acordo com o ano de notificação.

(Continua)

Variáveis	Ano de notificação					
	2014 n = 36	2015 n = 38	2016 n = 56	2017 n = 88	2018 n = 138	Total n = 356
Sexo						
Feminino	15 (41,7%)	20 (52,6%)	25 (44,6%)	44 (50%)	57 (41,3%)	161 (45,2%)
Masculino	21 (58,3%)	18 (47,4%)	31 (55,4%)	44 (50%)	81 (58,7%)	195 (54,8%)
Raça						
Branca	34 (94,4%)	38 (100%)	41 (73,2%)	49 (55,7%)	82 (59,5%)	244 (68,4%)
Parda	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (4,5%)	18 (13%)	22 (6,2%)
Preta	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	2 (2,3%)	4 (2,9%)	7 (2%)
Amarela	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,3%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)	14 (25%)	33 (37,5%)	33 (23,9%)	80 (22,5%)
Não informado	2 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,6%)
Idade						
Até 19 anos	1 (2,8%)	6 (15,8%)	3 (5,4%)	10 (11,4%)	16 (11,6%)	36 (10,1%)
De 20 a 24 anos	13 (36,2%)	5 (13,2%)	13 (23,2%)	20 (22,8%)	24 (17,4%)	75 (21,1%)
De 25 a 29 anos	4 (11,1%)	0 (0%)	11 (19,6%)	14 (15,9%)	31 (22,5%)	60 (16,8%)
De 30 a 40 anos	3 (8,3%)	6 (15,8%)	9 (16,1%)	14 (15,9%)	12 (8,7%)	44 (12,4%)
35 a 39 anos	5 (13,9%)	3 (7,9%)	5 (8,9%)	10 (11,4%)	15 (10,9%)	38 (10,7%)
40 a 44 anos	0 (0%)	3 (7,9%)	3 (5,4%)	4 (4,5%)	6 (4,3%)	16 (4,5%)

¹ Foram analisadas, no total, 377 notificações, porém 21 não se enquadravam nos critérios de inclusão citados no item anterior.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico da população notificada com Sífilis adquirida no município de Gramado – RS, de acordo com o ano de notificação.

(Continua)

Variáveis	Ano de notificação					
	2014 n = 36	2015 n = 38	2016 n = 56	2017 n = 88	2018 n = 138	Total n = 356
45 a 49 anos	3 (8,3%)	5 (13,1%)	4 (7,1%)	4 (4,5%)	16 (11,6%)	32 (9%)
Mais de 50 anos	7 (19,4%)	10 (26,3%)	8 (14,3%)	11 (12,5%)	18 (13%)	54 (15,1%)
Não informado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (0,3%)
Escolaridade						
Não informado	34 (94,4%)	34 (89,5%)	26 (46,4%)	0 (0%)	4 (2,9%)	98 (27,5%)
Ensino Fundamental incompleto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (6,8%)	30 (21,7%)	36 (10,1%)
Ensino Fundamental completo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	4 (2,9%)	5 (1,4%)
Ensino Médio incompleto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,3%)	7 (5,1%)	9 (2,5%)
Ensino Médio completo	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	6 (6,8%)	12 (8,7%)	19 (5,3%)
Educação Superior incompleta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	3 (2,2%)	4 (1,1%)
Educação Superior completa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,3%)	2 (1,4%)	4 (1,1%)
Ignorado	2 (5,6%)	4 (10,5%)	28 (50%)	70 (79,6%)	76 (55,1%)	180 (50,7%)
Não se aplica	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,3%)

Fonte: Própria autora. Ano 2019.

Estudo sobre Sífilis Adquirida realizado em São Paulo em 2014 apresentou resultado semelhante em relação à faixa etária, onde 40,3% da população estudada possuía entre 25 e 34 anos (LUPPI et al., 2018). No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis, entre os casos notificados de Sífilis Adquirida em 2015, 33% foram em indivíduos entre 20 a 29 anos, faixa etária que seguiu predominante, correspondendo a 35,3% em 2017 (BRASIL, 2016c; BRASIL, 2018). Nos EUA, entre os casos notificados de Sífilis primária e secundária em adultos no ano de 2015, a prevalência também ocorreu na faixa etária de 25 a 29 anos de idade, sendo 23,5 casos por 100 mil habitantes (UNITED STATES OF AMERICA, 2016). Estudo sobre mesma temática realizado no Chile evidenciou prevalência de casos no grupo com faixa etária entre 20 a 34 anos e a idade média dos casos de Sífilis no período entre 2012 e 2016 também foi de 33 anos (CÁCERES; MATÍNEZ, 2016).

A prevalência de casos de Sífilis Adquirida no município de Gramado é maior em homens do que em mulheres. Esses dados são compatíveis com os registrados no Estado do Rio Grande do Sul, de 2010 a 2015, onde se observou que 55,5% dos casos notificados correspondem à população masculina e 44,5% corresponde à população feminina (BRASIL, 2015c). Estudo semelhante realizado em São Paulo, em 2014, também verificou predominância de sexo masculino (97,8%) (LUPPI et al., 2018). De acordo com Cáceres e Martínez (2016), no Chile, observou-se um aumento progressivo nas taxas de homens, que desde 2009 superaram a taxa de mulheres acometidas por Sífilis adquirida. Os homens representaram 63% do total de casos do Chile, com uma proporção de 1,7 homens para cada mulher em 2016 (CÁCERES; MATÍNEZ, 2016). Isso pode estar ligado ao fato de a população feminina possuir maior adesão às ações de promoção à saúde no geral (SILVA; MENANDRO, 2014).

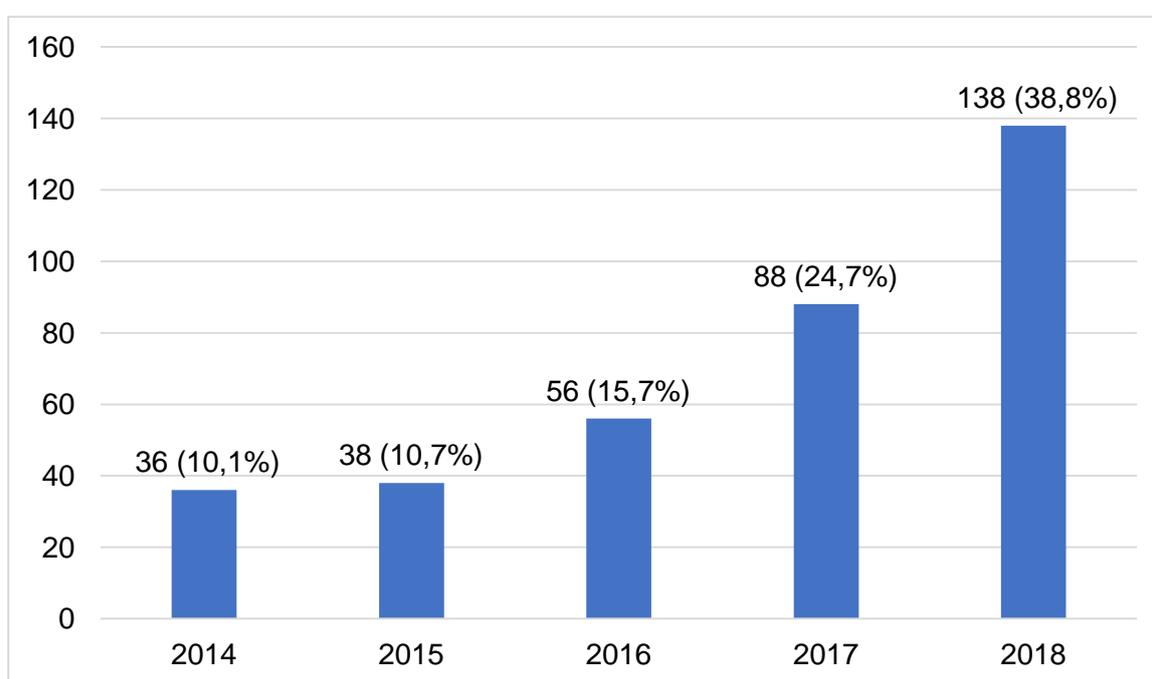
Em contraponto, dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2018 afirmam que o grupo populacional mais afetado pela Sífilis é o de mulheres, sendo 10 casos em mulheres para cada 7 casos em homens em 2017, razão que se mantém estável desde 2014. Porém, quando analisada a série histórica trazida no Boletim com mais critério, é possível observar que 39,9% dos casos ocorreram em homens e 60,1% dos casos em mulheres, sendo estes entre Sífilis Adquirida (44,9%) e Sífilis em Gestante (55,1%) (BRASIL, 2018). Considerando relevante apenas os casos de Sífilis Adquirida para este estudo, os dados estão corroborando com o encontrado.

Com relação à raça e à escolaridade, o presente estudo identificou resultado semelhante aos encontrados no boletim epidemiológico de Sífilis 2016, cuja predominância da infecção foi entre indivíduos brancos com Ensino Fundamental incompleto (BRASIL, 2017b). Saliencia-se, porém, que por ser um município com forte influência alemã e italiana, Gramado possui uma população predominantemente branca (GRAMADO, 2019). Esses dados corroboram com estudo realizado no ano de 2014 em São Paulo, que também evidenciou prevalência de indivíduos autodeclarados brancos (59,9%) (LUPPI et al., 2018). Em 2017, no Brasil, a prevalência de indivíduos com Sífilis Adquirida foi em brancos (38,4%), seguidos de pardos (34,3%) e pretos (9,7%), resultado também encontrado no presente estudo (BRASIL, 2018). Quanto à escolaridade pode-se observar grande número de notificações com a informação “ignorada” (50,7%) ou não houve preenchimento do campo (27,5%), resultado encontrado também no Boletim

Epidemiológico de Sífilis em 2017, no qual 26,1% das notificações sobre escolaridade foi preenchida como “ignorada” ou não houve preenchimento do campo (BRASIL, 2018).

Na figura 01 pode-se observar o crescimento de casos notificados em relação aos anos observados. No ano de 2014 foram notificados 36 casos de Sífilis Adquirida no município e no ano de 2018 constataram-se 138, o que corresponde a um crescimento de 283,3% de casos no período.

Figura 1 - Distribuição de casos de Sífilis Adquirida, notificados no município de Gramado - RS, no período de 2014 a 2018.



Fonte: Própria autora. Ano 2019.

O aumento de casos de Sífilis Adquirida a cada ano vem sendo observado em todo o Brasil. A taxa de detecção nacional aumentou de 44,1 casos a cada 100 mil habitantes em 2016, para 58,1 em 2017. Neste mesmo período, o número de infectados aumentou 48%. O crescimento na região Sul foi de 34,2%, passando de 73,8 casos em 2016 para 99,1 casos a cada 100 mil habitantes em 2017 (BRASIL, 2018).

Em relação ao bairro de residência da população estudada, o maior número observado foi em Várzea Grande (26,4%), seguido por Piratini (9,8%) e Jardim (8,4%), conforme demonstrado na tabela 02.

Tabela 2 - Bairro de residência da população notificada com Sífilis Adquirida no município de Gramado – RS, nos anos de 2014 a 2018.

Bairro	N	%
Várzea grande	94	26,4%
Piratini	35	9,8%
Jardim	30	8,4%
Floresta	28	7,9%
Centro	18	5,1%
Moura	16	4,5%
Dutra	15	4,2%
Carniel	10	2,8%
Avenida central	7	2,0%
Mato queimado	5	1,4%
Pórtico II	5	1,4%
Bavária	4	1,1%
Linha Araripe	4	1,1%
Prinstrop	4	1,1%
Campestre do tigre	3	0,8%
Planalto	3	0,8%
Serra grande	3	0,8%
Casagrande	2	0,6%
Linha Ávila alta	2	0,6%
Linha Marcondes	2	0,6%
Três pinheiros	2	0,6%
Caracol	1	0,3%
Carazal	1	0,3%
Lima 28	1	0,3%
Linha bonita	1	0,3%
Linha nova	1	0,3%
Tirol	1	0,3%
Vale dos pinheiros	1	0,3%
Interior	11	3,1%
Não informado	46	12,9%

Fonte: Própria autora. Ano 2019

O bairro Várzea Grande, prevalente em casos de Sífilis Adquirida, é o maior bairro do município, com mais de 10 mil habitantes, que corresponde a praticamente 1/4 da população. Além de uma Unidade Básica de Saúde, o bairro também conta com uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que presta atendimentos a toda a comunidade (GRAMADO, 2019). Observa-se que 3,1% das notificações foram preenchidas com o termo “Interior”, não sendo especificado o bairro propriamente dito.

Na tabela 3 é possível observar que a maioria da população estudada reside em zona urbana (87,4), resultado compatível com o verificado por Dantas et al. (2017), em que 67% dos participantes da pesquisa eram residentes de zona urbana. Pesquisa semelhante realizada no Ceará também evidenciou maior número de casos em residentes da zona urbana (83,4%) (MARQUES et al., 2018).

Tabela 3 - Zona de residência e Tratamento realizado pela população notificada com Sífilis Adquirida no município de Gramado – RS, de acordo com o ano de notificação.

Variáveis	Ano de notificação					
	2014 n = 36	2015 n = 38	2016 n = 56	2017 n = 88	2018 n = 138	Total n = 356
Zona						
Não informado	1 (2,8%)	0 (0%)	1 (1,8%)	13 (14,8%)	10 (7,2%)	25 (7%)
Urbana	33 (91,6%)	35 (92,1%)	52 (92,8%)	73 (83%)	118 (85,6%)	311 (87,4%)
Rural	2 (5,6%)	3 (7,9%)	3 (5,4%)	2 (2,3%)	9 (6,5%)	19 (5,3%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,3%)
Tratamento						
Não informado	0 (0%)	2 (5,3%)	25 (44,6%)	30 (34,1%)	41 (29,7%)	98 (27,5%)
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	0 (0%)	1 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	2 (0,6%)
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	36 (100%)	33 (86,8%)	31 (55,4%)	55 (62,5%)	90 (65,3%)	245 (68,8%)
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ignorado.	0 (0%)	2 (5,3%)	0 (0%)	3 (3,4%)	6 (4,3%)	11 (3,1%)

Resultados expressos através de análises de frequência

Fonte: Própria autora. Ano 2019

A tabela 3 também demonstra que em 68,8% dos casos foi utilizada a Penicilina G. Benzatina 4.800.000 UI. Chama-se atenção para o tratamento prevalentemente escolhido, pois de acordo com recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), a escolha do tratamento deve basear-se na fase da infecção. Em Sífilis primária, o recomendado é uso de Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM (intra-muscular), em dose única; em Sífilis secundária e latente recente recomenda-se o uso de 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana (dose total de 4,8 milhões U.I.); já na Sífilis tardia (latente e terciária) é indicado o uso de Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas (dose total de 7,2 milhões U.I.). Por não estarem disponíveis dados sobre classificação clínica dos

casos, não foi possível aprofundar discussão sobre a variável. Houve grande número de dados não informados quanto ao tratamento realizado (27,5%).

Conforme demonstrado na tabela 4, 50% de indivíduos que fizeram uso de Penicilina G Benzatina 2.400.000UI tinham mais de 50 anos, mas a associação não foi considerada estatisticamente significativa ($p = 0,70$). 51,8% dos indivíduos tratados com Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI são do sexo masculino ($p = 0,91$) e 91,5% são residentes de zona urbana. Nesse aspecto a associação entre os grupos foi considerada estatisticamente significativa ($p = 0,01$).

Tabela 4 - Associação entre o tratamento com as demais variáveis de estudo.

Variáveis	Não informado	Penicilina G Benzatina 2.400.000UI	Penicilina G Benzatina 4.800.000	Ignorado	Total
Sexo					
Feminino	36 (36,7%)	1 (50%)	118 (48,2%)	6 (54,5%)	161 (45,2%)
Masculino	62 (63,3%)	1 (50%)	127 (51,8%)	5 (45,5%)	195 (54,8%)
Idade					
Até 19 anos	20 (10,4%)	0 (0%)	15 (9,7%)	1 (12,5%)	36 (10,1%)
De 20 a 24 anos	43 (22,4%)	0 (0%)	31 (20,1%)	1 (12,5%)	75 (21%)
De 25 a 29 anos	26 (13,5%)	0 (0%)	33 (21,4%)	1 (12,5%)	60 (16,8%)
De 30 a 40 anos	25 (13%)	0 (0%)	17 (11%)	2 (25%)	44 (12,4%)
De 35 a 39 anos	19 (9,9%)	1 (50%)	18 (11,7%)	0 (0%)	38 (10,7%)
De 40 a 44 anos	9 (4,7%)	0 (0%)	6 (3,9%)	1 (12,5%)	16 (4,5%)
De 45 a 49 anos	22 (11,5%)	0 (0%)	10 (6,5%)	0 (0%)	32 (9%)
Mais de 50 anos	28 (14,6%)	1 (50%)	23 (14,9%)	2 (25%)	54 (15,2%)
Não informado	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (0,3%)
Zona					
Não informado	17 (17,3%)	0 (0%)	6 (2,4%)	2 (18,2%)	25 (7%)
Urbana	78 (79,6%)	1 (50%)	224 (91,5%)	8 (72,7%)	311 (87,4%)
Rural	3 (3,1%)	1 (50%)	14 (5,7%)	1 (9,1%)	19 (5,3%)
Ignorado	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,4%)	0 (0%)	1 (0,3%)

Resultados expressos através de análises de frequência

Fonte: Própria autora. Ano 2019

A média de tempo decorrido entre a data dos primeiros sintomas e a data da notificação foi de 2,96 anos, com variação de 0 dias a 10,16 anos.

Foram evidenciadas falhas no preenchimento de diversos campos das fichas de notificação, com grande número de registros sem todos os campos preenchidos ou preenchidos com "ignorado". Resultado este que também foi encontrado em

estudo semelhante no Ceará, em 2010 (COSTA et al., 2013). Vale salientar que a incompletude dos dados pode comprometer a análise e a qualidade das informações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre 2014 e 2018 Gramado apresentou aumento significativo no número de casos notificados de Sífilis Adquirida, tendência observada também em todo o Brasil. Do total de 356 casos registrados no município, 36 ocorreram em 2014 e 138 em 2018, o que corresponde a um crescimento de 283,3% no período.

O Ministério da Saúde afirma que até 2014 o crescimento nos números referentes ao agravo poderia estar relacionado apenas a um aumento da notificação, que se tornou obrigatória em 2010. Contudo, após essa data, há evidências de que houve um aumento real da circulação da bactéria na população (BRASIL, 2018).

O aumento significativo no número de casos notificados de Sífilis adquirida a cada ano no município de Gramado demonstra a necessidade do desenvolvimento de diferentes ações voltadas para educação em saúde e para seu controle. Contudo, deve-se considerar que este aumento também pode estar relacionado com avanços na área de vigilância epidemiológica e aumento da oferta de testes rápidos.

Quanto ao perfil epidemiológico da população estudada, foi possível observar que esta é composta principalmente por homens (54,8%), com faixa etária entre 20 e 24 anos (21,1%), brancos (68,4%), com Ensino Fundamental incompleto (10,1%), residentes do bairro Várzea Grande (26,4%) e de zona urbana da cidade (87,4%). O tratamento utilizado foi principalmente a Penicilina G. Benzatina 4.800.000 UI (68,8%). O tempo decorrido entre a data dos primeiros sintomas e a data da notificação foi longo, com uma média de 2,96 anos.

Por estar instalada entre os segmentos mais jovens da população do município, sobretudo em homens, é necessário desenvolver estratégias para o controle, tratamento, cura e prevenção da Sífilis Adquirida, incluindo ações nas escolas e nas redes de interação juvenil. Além disso, é fundamental fomentar as ações de promoção da saúde integral do homem, já que, em geral, a população masculina só procura os serviços de saúde quando já estão doentes, cultura que precisa ser modificada, ainda mais em se tratando de ISTs.

Houve presença constante de dados ignorados ou não informados nos registros utilizados, o que permite reflexão sobre a forma com que os profissionais de saúde se comportam frente ao preenchimento de instrumentos de notificação. A ficha de notificação de Sífilis Adquirida possui instrução de preenchimento no verso, a qual parece não estar sendo suficiente para esclarecer as dúvidas sobre o correto

preenchimento da mesma. Com isso, evidencia-se a necessidade de capacitação constante dos profissionais de saúde do município sobre o assunto.

As notificações no SINAN são fundamentais como uma das formas de controle da Sífilis Adquirida, pois ao coletar, transmitir e disseminar dados sobre agravos de notificação compulsória, o sistema transforma-se em um relevante instrumento para o planejamento da saúde, possibilitando a definição de prioridades no campo da intervenção, bem como permitindo a avaliação de seus impactos (BRASIL, 2007b).

Essas informações serão apresentadas aos gestores de saúde do município, a fim de qualificar as ações de prevenção da infecção e contribuir com a implantação de uma política de prevenção e tratamento efetiva, que se adeque às variáveis sociodemográficas da população acometida.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p.111-126, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002>. Acesso em: 15 set. 2018.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, dez. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. 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, 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticahivsisifilis_manualbolso.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. 2ª ed. Brasília; 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>. Acesso em: 12 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Curso de vigilância epidemiológica das doenças sexualmente de notificação compulsória: Sífilis e Síndrome do Corrimento Uretral Masculino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnósticos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>. Acesso em: 21 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diagnóstico da Sífilis**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Departamento de Ações em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS e SÍFILIS**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2015c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2016. Brasília: 2016c.

_____. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n o 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n o 5.839, de 11 de julho de 2006, e. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, 2016d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: 12 set. 2018.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN. **Nota Informativa N°2 – SEI/2017-DIAHV/SVS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico – Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico - Sífilis. Brasília,** v. 49, n. 45, out. 2018.

CÁCERES, K.; MARTÍNEZ, R. Situación epidemiológica de Sífilis (CIE 10: A50-A53.9). **Revista chilena de infectología,** Chile, v. 35, n. 3, p. 284-296, 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000300284&lang=pt>. Acesso em: 21 mai. 2019.

CARRARA, S. Geopolítica Simbólica da Sífilis: Um ensaio de antropologia. **História, ciências, saúde– Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 391- 408, nov. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701996000300002&script=sci_abstract&lng=pt> . Acesso em: 15 set. 2018.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde,** v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

DANTAS, L. A. et al. Perfil epidemiológico de Sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. **Enfermería Global, Murcia,** v. 16, n. 2, p. 227-236, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>>. Acesso em: 17 set. 2018.

EDGE, V.; MILLER, M. **Cuidados de salud de la mujer.** Espanha: Grafos, 1995.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala.** Rio de Janeiro: Global, 2003.

GARCIA, F. L. B. **Prevalência de Sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás.** 2009. 78 f. Dissertação (Mestrado na área de concentração de epidemiologia). Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

GRAMADO. PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAMADO. **Secretarias**. Disponível em: <<http://www.gramado.rs.gov.br/>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/gramado/pesquisa/23/25888?detalhes=true>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

LIMA, B. G. de C. Mortalidade por Sífilis nas regiões brasileiras, 1980- 1995. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 267-271, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de set. 2018.

LUPPI, C. G. et al. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de Sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 1, e. 20171678, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n1/e20171678/pt>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

MARQUES, J. V. S. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **SANARE**, Sobral, v. 17 n. 02, p. 13-20, 2018. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

NADAL, S. R.; FRAMIL, V. M. S. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 27, n. 4, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Orientações para o Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Reunião consultiva para melhorar o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis. Genebra, 2005.

_____. **Eliminação mundial da Sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: OMS; 2008.

_____. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html> Acesso em: 20 mai. 2018.

SÁNCHEZ, P. J.; WENDEL, G. D. Syphilis in pregnancy. **Clin Perinatol**, v. 24, n. 1, p. 71-87, 1997.

SANTOS JÚNIOR, M. F.; VERONESI, R.; FOCCACIA, R. Sífilis Congênita. In: FOCCACIA, R.; VERONESI, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1009-1012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SES-RS). Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de Dst/aids do Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis**. Porto Alegre: Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2015.

SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, p. 626-640, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0626.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Sífilis**. 2013. Disponível em: <www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=90&id_detalhe=1420&tipo=D>. Acesso em: 16 set. 2018.

TEIXEIRA, L. A. Da raça à doença em Casa Grande e Senzala. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 231-243, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 set.2018.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually transmitted disease surveillance 2015**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/std/stats15/stdsurveillance-2015-print.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Prefeitura Municipal de Gramado

Secretaria de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, Denis Schell, Secretário Adjunto de Saúde do município de Gramado – RS, ciente do protocolo de pesquisa intitulada **Perfil Epidemiológico dos Pacientes Notificados com Sífilis Adquirida no Município de Gramado- RS**, desenvolvida por Daniele Cristine Swaizer, bem como ciente de seus objetivos e metodologia, e de que o pesquisador (a) não interferirá no fluxo normal do serviço, **AUTORIZO** sua execução, assim como o acesso aos registros institucionais e dados epidemiológicos das fichas do SINAN, já tarjados, para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos.

Gramado, 15 de abril de 2019.


Município de Gramado
Secretaria Municipal de Saúde
Denis Schell
Secretário Adjunto de Saúde Matr.: 14118

Secretário Adjunto
Denis Schell