

Artigo Original

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS CRIANÇAS INFECTADAS POR SÍFILIS CONGÊNITA

EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF CHILDREN INFECTED WITH CONGENITAL SYPHILIS

Resumo

Marizete Argolo Teixeira¹
Patrícia Paixão dos Santos¹
Rosália Teixeira de Araújo¹
Patrícia de Novais Santos¹
Aline Gomes de Jesus Souza²

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Jequié – Bahia – Brasil

² Hospital Geral Prado Valadares – HGPV
Jequié – Bahia – Brasil

E-mail: marizeteargolo@uesb.edu.br

Pesquisa com objetivo de descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por Sífilis Congênita. De caráter epidemiológico descritivo, quantitativo, foi desenvolvido por meio de série temporal entre os anos de 2009 a 2013, em Jequié/Bahia/Brasil, a partir dos dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os resultados mostraram que houve 111 casos de sífilis materna, resultando em 39 casos de Sífilis Congênita. Das gestantes notificadas, (74%) realizaram o pré-natal, (92%) possuíam Ensino Fundamental Incompleto; (84%) eram da cor preta e parda; (64%) com diagnóstico materno tardio; (36%) tratamento inadequado e (77%) dos parceiros não realizaram tratamento. Das crianças notificadas, (86%) nascidas vivas e (64%) do sexo feminino. Conclui-se que é elevado o número de sífilis materna e congênita no nosso município o que se configura em problema de saúde pública, necessitando que medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado sejam implementados a fim de evitar a transmissão vertical.

Palavras-chave: Epidemiologia; Sífilis; Sífilis Congênita.

Abstract

Research aimed to describe the epidemiological and demographic profile of children infected with congenital syphilis. Descriptive epidemiological character quantitative study, was developed through time-series of the years 2009 to 2013 – in Jequié, Bahia, Brazil – from the data obtained in the Information System for Notifiable Diseases. The results showed that there were 111 cases of maternal syphilis, resulting in 39 cases of congenital syphilis. Of the notified pregnant women, (74%) underwent prenatal care, (92%) had incomplete primary education, (84%) were black and mulatto, (64%) with late pregnancy diagnosis, (36%) with inadequate treatment and (77%) of their partners did not undergo treatment, (86%) live births and (64%) were female. We conclude that there is a high number of maternal and congenital syphilis in our municipality causing a public health problem, requiring that measures of prevention, early diagnosis and adequate treatment ought to be implemented in order to prevent vertical transmission.

Rev. Saúde. Com 2015; 11(4): 371-381.

Key words: Epidemiology; Syphilis; Congenital syphilis.

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa, de caráter sistêmico e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. O agente etiológico, o *Treponema pallidum*, é uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical), podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença¹.

As alterações gestacionais, como imunossupressão relativa, mudanças anatômicas da gravidez e alterações hormonais, tornam a gestante mais vulnerável a infecções que podem impactar tanto a saúde materna quanto a fetal, cuja transmissão pode ocorrer no período da gestação, durante o parto e pós-parto².

A transmissão da sífilis ao concepto pode ocorrer em qualquer fase da gestação, caso a mãe não receba o tratamento para a sífilis³. O contágio transplacentário ocorre em torno do 4º ao 5º mês de gestação, período em que o treponema invade os vasos do cordão umbilical e se multiplica no organismo fetal. A infecção congênita pode gerar natimorto ou sepse neonatal e pode acometer os sistemas: hematológico; músculo-esquelético; nervoso central, e outros mais raramente como rins, pulmões e olhos⁴.

Desde 1986 que a Sífilis Congênita (SC) já era considerada um agravo de notificação compulsória, com meta de erradicação do Ministério da Saúde (MS) em 1993, por ser um agravo que admite prevenção e tratamento ainda no pré-natal. Porém, o baixo nível sócio-econômico, assistência pré-natal inadequada, baixa escolaridade e, ainda o subregistro e a subnotificação desse agravo estão entre os fatores de risco que favorecem a constante prevalência da SC no país⁵. No entanto, no Brasil, a sífilis em gestantes só passou a ser de notificação compulsória em julho de 2005.

No Brasil a incidência de casos de sífilis tem crescido progressivamente. Entre 2005 e junho de 2012, foram notificados 57.700 casos de sífilis em gestantes através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com uma maior prevalência de casos no ano de 2011 com o número total de 14.321 notificações, em que se observou uma proporção de 5,0 casos/1.000 nascidos vivos⁶.

No Estado da Bahia, percebe-se que a realidade é semelhante à nacional quanto à incidência desse agravo, pois entre os anos 1998 e 2012, foram notificados 3.151 casos de SC, com maior incidência no ano de 2011, no qual foram notificados 449 casos novos. Já no Município de Jequié, região sudeste da Bahia, não tem sido diferente a disseminação desta bactéria, uma vez que foram notificados entre os anos de 2007 a dezembro de 2013, 111 casos de sífilis em gestantes, dentre estes, 39 casos foram diagnosticados como SC⁶.

Vale ressaltar que além de promover um impacto na mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes, uma assistência adequada contribui para o controle da epidemia. A política de prevenção da mortalidade materno-infantil

do Pacto pela Saúde inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis^{1,6}.

Considerando a magnitude deste problema de saúde pública e a necessidade de implementação de medidas de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis, fez-se necessário conhecer as características sociodemográficas e epidemiológicas das crianças infectadas pela SC.

Desse modo, este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por SC no município de Jequié/Bahia/Brasil cadastrados no SINAN.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, desenvolvido por meio de série temporal entre 2009 a 2013, com uma abordagem quantitativa, realizado em Jequié/Bahia/Brasil.

A população do estudo foi composta por todos os casos de SC, com Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e codificada como A 50. O instrumento de pesquisa foram os registros de notificação através do banco de dados do SINAN. Utilizando-se das variáveis mãe/filho: sexo, cor/raça, bairro, escolaridade, realização de pré-natal, diagnóstico da sífilis materna, tratamento, parceiros tratados concomitantes a gestante e evolução do caso da criança.

Para proceder à análise, primeiramente, os dados foram digitados em planilhas de cálculos dos programas *Microsoft Office Excel* e *Microsoft Office Word*, em seguida analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se de cálculos de frequência simples, os quais serão apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários e não envolver seres humanos diretamente, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, vale salientar que foram cumpridos preceitos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando os princípios da moralidade, do respeito e da cientificidade ao tratamento dos dados. Para tanto, foi elaborado uma declaração de ciência e concordância e após autorização do Secretário Municipal de Saúde e do Coordenador da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié foi dado início a coleta de dados.

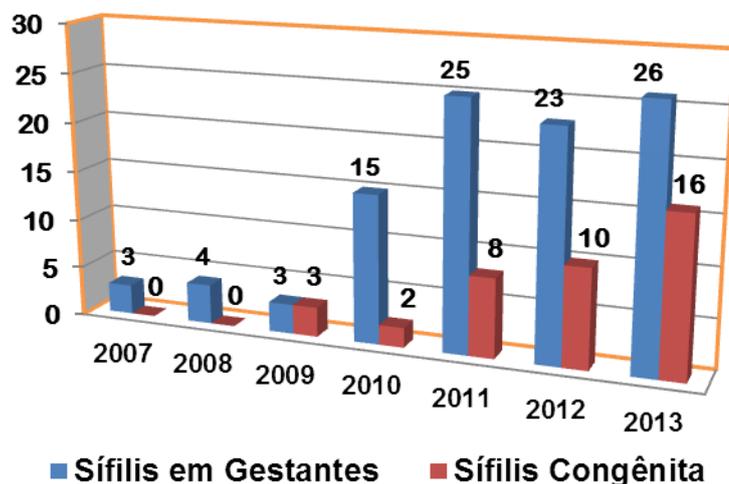
Resultados

Segundo os dados coletados a partir do SINAN do município de estudo, entre os anos de 2009 a 2013, foram notificados 39 casos de SC na população menor de um ano.

Assim, no gráfico 1 observa-se um total de 111 casos de sífilis materna, com transmissão vertical pelo *Treponema pallidum* em 39 crianças nascidas vivas. Em destaque, o ano de 2009 com 100% do contágio por SC e entre os anos

2011 a 2013 houve um crescimento ascendente, em especial 2013, atingindo o maior índice de notificações de casos de SC no município.

Gráfico 1 - Número de casos de Sífilis Materna e de Sífilis Congênita no município de Jequié/BA, entre os anos de 2007 - 2013.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SMS Jequié/BA, 2013.

A tabela 1 retrata as variáveis: sexo e raça/cor das crianças menores de um ano diagnosticadas com SC, demonstrando que há um predomínio do sexo feminino (64%) em relação ao masculino (23%). Já na característica raça/cor houve uma predominância na raça/cor parda (33%) e um percentual expressivo de casos ignorados (64%).

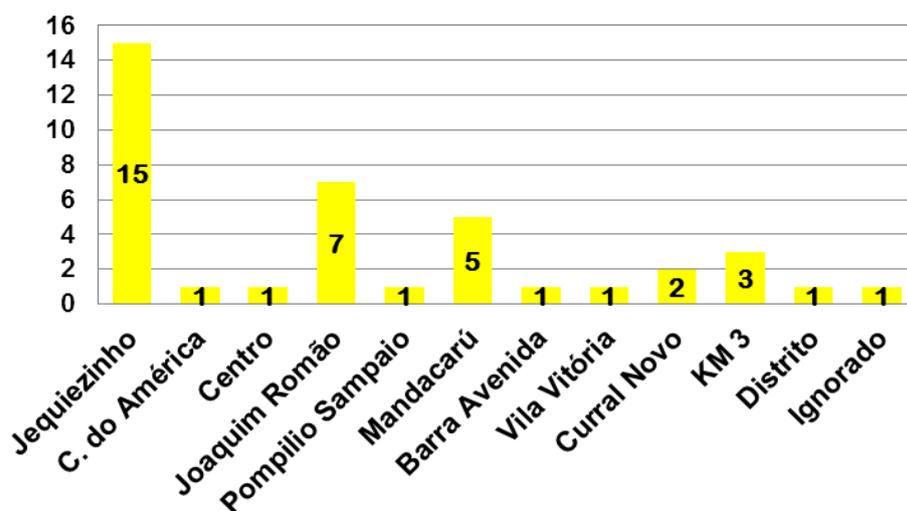
Tabela 1 - Caracterização das variáveis sexo e raça/cor das crianças com Sífilis Congênita, notificadas no SINAN, entre os anos de 2009-2013.

Variáveis	Nº	Porcentagem
Sexo		
Feminino	25	64%
Masculino	09	23%
Ignorado	05	13%
Raça/Cor		
Parda	13	33%
Preta	01	3%
Ignorado	25	64%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SMS Jequié/BA, 2013.

Quanto à proporção de números de casos de SC distribuída nos bairros da cidade de Jequié/Bahia/Brasil (Gráfico 2), verifica-se uma maior incidência no bairro de Jequiezinho (38%), seguido do Joaquim Romão (18%), Mandacarú (13%), KM 3 (8%) e o Curral Novo (5%) e, apenas um caso no distrito da cidade (2%).

Gráfico 2 - Proporção de números de casos de sífilis Congênita nos bairro de Jequié/BA, entre os anos de 2009 - 2013.



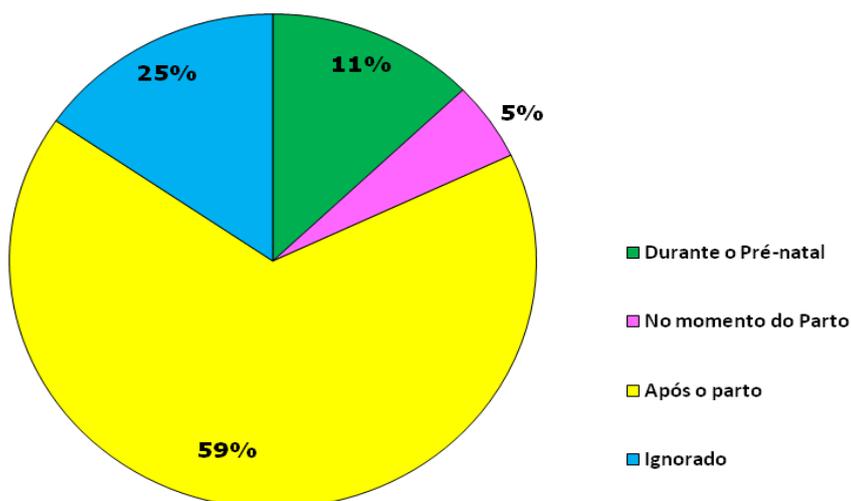
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SMS Jequié/BA, 2013.

No que diz respeito às características sociodemográficas das gestantes diagnosticadas com Sífilis, houve predominância da variável raça/cor parda e preta (84%), sendo ignorado (16%) de casos notificados. Em relação à idade das gestantes, (31%) encontravam-se na faixa etária de 15 a 19 anos, (43%) de 20 a 29 anos e (26%) de 30 a 39 anos. Quanto aos anos de estudo, (95%) estudaram de 1 a 4 anos, (5%) de 5 a 8 anos e (3%) foram notificados como ignorado.

De acordo com os antecedentes epidemiológicos da sífilis materna notificados, 29 gestantes (74%) realizaram o pré-natal; 06 não realizaram (16%) e 04 ignoradas (10%).

No Gráfico 3 verifica-se, que 26 (59%) casos de SC foram diagnosticados após o parto; 05 (11%) durante o pré-natal; 02 (5%) no momento do parto e 06 (25%) ignoradas.

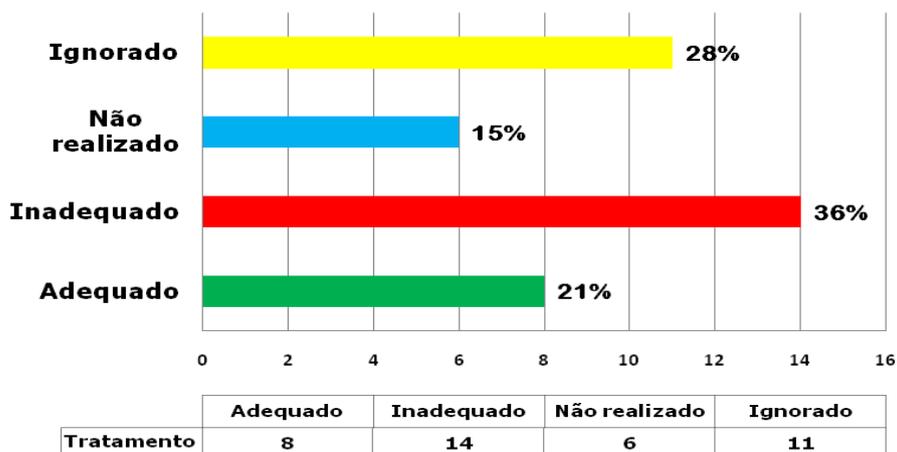
Gráfico 3 - Antecedentes Epidemiológicos com diagnóstico de Sífilis Materna cadastrada no SINAN, Jequié/BA, entre 2009 - 2013.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SMS Jequié/BA, 2013.

O Gráfico 4 retrata o esquema de tratamento para sífilis materna, no qual (21%) das gestantes realizaram tratamento adequado, (36%) inadequado, (15%) não realizaram e (28%) ignorados.

Gráfico 4 - Proporção do esquema de tratamento realizado para Sífilis materna, Jequié/BA, 2009 - 2013.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SMS Jequié/BA, 2013.

Outro resultado que demonstrou fragilidade do serviço de saúde deste município foi o tratamento direcionado ao parceiro. Segundo dados levantados nesta pesquisa, 09 (23%) parceiros foram tratados concomitantes a gestante; 22 (56%) não realizaram tratamento e 06 (21%) ignorados.

Discussão

Por ser considerada uma doença grave, que traz sérias consequências para a saúde das crianças, a notificação dos casos de SC e a investigação epidemiológica devem ocorrer nas seguintes situações: criança, aborto ou natimorto nascido de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante o parto ou puerpério e indivíduos menores de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de SC⁷.

A taxa de transmissão vertical da sífilis é elevada, ao ser estimada em 70% a 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% nas fases subsequentes, podendo ocorrer em qualquer fase, tanto da infecção quanto da gestação^{3, 6}. Em Jequié no ano de 2009 a taxa de transmissão vertical foi de 100%, pois as três mães infectadas tiveram seus filhos contaminados via transmissão vertical.

Atualmente o índice de sífilis congênita vem aumentando, tendo como fatores predisponentes: multiplicidade de parceiros, relações sem preservativos, má qualidade de assistência à saúde, ineficácia no diagnóstico e demora ou ausência do tratamento⁸.

No que se refere às variáveis sexo das crianças menores de um ano diagnosticadas com SC, observou-se que houve um predomínio do sexo feminino (64%) em relação ao masculino (23%), resultado coadunando com outros estudos que confirmam incidência maior de contaminação no sexo feminino^{3, 6}.

O número de casos de SC distribuídos pelos bairros de Jequié, apontou uma maior incidência nos bairros: Jequiezinho (38%), Joaquim Romão (18%) e Mandacarú (13%). Identificar a localidade onde ocorreu o agravo possibilita a implementação e intensificação de intervenções de prevenção, controle e tratamento dos usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) adscritas com o envolvimento do gestor de saúde do município, da Vigilância Epidemiológica, dos profissionais de saúde e da população.

A análise das características sociodemográficas das gestantes diagnosticadas com Sífilis foi relevante para este estudo, pois serviram para melhor compreender o grande número de crianças acometidas pela SC. Assim, identificou-se uma predominância da variável Raça/cor parda e preta (84%); idade de 20 a 29 anos (43%) e do nível de escolaridade centrado no Ensino Fundamental Incompleto, com apenas 1 a 4 anos de estudo. A predominância de mães da raça/cor parda e preta diagnosticadas com sífilis está em consonância com resultados encontrados em outro estudo⁹, inclusive de SC.

No que se refere à faixa etária das gestantes, com prevalência maior da sífilis entre 20 a 29 anos (43%), corroborando com resultados de outros estudos^{5, 10}, esta distribuição é esperada, uma vez que a Sífilis é de transmissão sexual (quase exclusivamente), portanto, mais frequente em mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva⁹.

Desse modo, é possível inferir que as mulheres com baixa escolaridade estão mais susceptíveis a adquirir a sífilis, facilitando a transmissão da sexual. Dessa forma, salienta-se que a educação em nosso país requer atenção especial, dado que a escolarização é uma variável importante, pois facilita à compreensão de informações, o acesso ao mercado

de trabalho formal, aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Das gestantes notificadas, 29 (74%) realizaram o pré-natal; 06 (16%) não realizaram e 04 (10%) foram registradas como ignorado, denunciando a baixa qualidade da assistência no pré-natal, já que 39 casos de SC foram notificados. Vale destacar que, a SC representa uma das maiores falhas no sistema de saúde de uma população, expondo a fragilidade da atenção básica à saúde na comunidade⁵.

No que se refere ao diagnóstico da sífilis materna, observou-se que 26 (59%) dos casos foram diagnosticados após o parto; 05 (11%) durante o pré-natal; 02 (5%) no momento do parto e 06 (25%) ignorado.

No entanto, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização do exame *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação, e outro no momento do parto, se possível, para que o diagnóstico da doença e a intervenção medicamentosa com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da sífilis e propiciar a redução das taxas de SC no Brasil seja mais eficaz^{3,11}. A sorologia para VDRL também deve ser realizada nas mulheres que forem submetidas à curetagem uterina pós-abortamento¹.

Quanto ao esquema de tratamento para sífilis materna, este estudo demonstrou que (21%) das gestantes realizaram tratamento adequado, (36%) inadequado, (15%) não realizaram e (28%) foram registrados como ignorado, demonstrando mais uma vez a baixa qualidade da assistência pré-natal no município de Jequié. Além disso, denuncia falhas no registro das informações (prontuários das gestantes) ou no preenchimento da ficha de notificação de casos de SC.

Quanto ao tratamento da sífilis, o MS, através da Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, preconiza a penicilina como a droga de escolha para todas as apresentações da sífilis. E classifica com tratamento adequado, segundo a classificação da sífilis primária com dose única; sífilis secundária ou latente com 02 doses e a sífilis terciária 03 doses com intervalo de sete dias cada. Considera-se o tratamento inadequado para sífilis materna realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; para a fase clínica da doença ou instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou ausência de documentação de tratamento anterior; ou parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento¹².

Se não for realizado tratamento adequado durante a gestação, o risco de infecção do feto pode resultar em morte intra-útero (25%) e chegar a (25%) no período pós-nascimento¹⁰. Além disso, pode ainda ocorrer anomalias congênitas, prematuridade e abortos.

Segundo dados levantados nesta pesquisa, existe dificuldade em tratar os parceiros, uma vez que, 09 (23%) foram tratados concomitantes a gestante; 22 (56%) não realizaram tratamento e 06 (21%) foram notificados como ignorado.

Um estudo realizado em Cuiabá relata a elevada proporção de parceiros não tratados concomitante às gestantes, demonstrando mais uma vez a não efetividade das ações para prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis e a fragilidade da assistência pré-natal⁷. A SC é uma enfermidade de fácil

prevenção, bastando que a gestante infectada seja detectada e prontamente tratada juntamente com o(s) seu(s) parceiro(s)¹³.

Destaca-se ainda, que a subnotificação de dados do SINAN e a baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação comprometem uma análise mais consistente, bem como constitui limitações importantes para uma investigação mais fidedigna, o que poderia direcionar melhor as ações de prevenção, controle e combate da sífilis materna e SC no município onde foi desenvolvido este estudo.

No que diz respeito aos dados referentes ao diagnóstico clínico e presença de sinais e sintomas nos casos notificados de SC não foi possível realizar uma análise, pois estes dados não foram disponibilizados pela funcionária que trabalha no setor de Vigilância Epidemiológica, apesar de terem sido solicitados.

Considerações Finais

Foi possível constatar que a incidência de casos de sífilis na gestação, registrados no município está em números acima do que é preconizado pelo MS, deixando evidente a necessidade de implementação de ações de vigilância e promoção à saúde por parte da equipe de vigilância epidemiológica local por meio de campanhas de educação em saúde com vistas a prevenção da transmissão vertical por SC.

Com a identificação dos bairros que apresenta maior número de casos será possível desenvolver uma ação pontual dirigida à população, propiciando a captação precoce da gestante com garantia de realização do pré-natal, solicitação de sorologia para VDRL na 1ª consulta e na 30ª semana de gestação, realização do teste rápido, adesão ao tratamento da gestante e de seu parceiro, com intuito de reduzir o número de casos de SC.

Os profissionais de saúde podem realizar educação em saúde individual e em grupo para as gestantes e seus familiares durante as consultas de pré-natal, pois esta é uma ferramenta útil para a prevenção e controle da sífilis. Sugere-se, também, a disponibilização do medicamento e do preservativo na unidade de saúde para melhor adesão ao tratamento e à prevenção de reinfecção.

O preenchimento da Ficha de Investigação da SC incompleto e incorreto prejudica a elaboração de ações prevenção, combate e controle da sífilis materna e da SC. Dessa forma, consideramos imprescindíveis investimentos em ações de capacitação permanente e sensibilização dos profissionais de saúde, visando a redução ou a erradicação da SC.

A subnotificação dos dados, o preenchimento inadequado ou ausente nas fichas de notificação, o registro de muitos dados considerados como ignorado, além da dificuldade na captação de alguns dados, mesmo sendo solicitados antecipadamente e com anuência do Secretário Municipal de Saúde, foram obstáculos que impediram a melhor exploração dos dados, conseqüentemente, uma análise mais ampla da situação da SC no município onde a pesquisa foi realizada.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
2. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, Dec. 2010. [acesso em: 10 de dez 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/>
3. Riekher KF. Sífilis Congênita: relato de três casos. Revista Médica do H.S.E. online, Volume 37 - Número 1 - Jan à Mar, 2003 - RJ. [Internet] [acesso em: 10 de nov 2013]. Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br>.
4. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. - 1ª edição. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. Almeida KC, Lindolfo LC, Alcântara KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. 2009, RBAC, vol. 41, p. 181-4. [acesso em: 20 de out 2013]. Disponível em: <http://www.sbac.org.br>.
6. Pereira SM, Almeida MFG. Caracterização Epidemiológica da Sífilis Congênita no Município de Salvador, Bahia. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): [acesso em: 10 de dez 2013]. 144-156 – ISSN: 0103-4065. Disponível em: www.aids.gov.br.
7. Ministério da Saúde; Boletim Epidemiológico – Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. ISSN: 1517-1159, 2012.
8. Oliveira, LR. Avaliação da efetividade das ações para prevenção e controle da transmissão vertical da Sífilis em Cuiabá e Mato Grosso. [Dissertação]. [Salvador, BA]: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva: 2012. 62 p.
9. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, vol. 23, n. 10, p. 647-52, nov. /dez. 2001 [acesso em: 10 de out 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
10. Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, Medeiros MGPF, Matida LH, Saraceni V, et al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 58(4), p.486-7, jul. /ago. 2005 [acesso em: 10 de jan 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
11. Freitas F, Magalhães JA, Martins-Costa SH, Ramos JGL. Rotinas em obstetrícia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 624p.
12. Víctor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. Rev. Eletr. Enf. [acesso em: 05 jan 2013] V12N1a14. 2010;12(1):113-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>
13. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Endereço para correspondência

Parque das Algarobas, Rua C, nº 12. Bairro São Judas

Tadeu

Jequié/Bahia/Brasil

CEP: 45.200-000

Tel. (73) 3527 4108. Cel. (73) 8876 4108

Recebido em 07/07/2015

Aprovado em 30/11/2015