



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA

NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER

**MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL:
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA
MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021**

BOA VISTA – RR
2022

NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER

**MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL:
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA
MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de pesquisa: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Alexander Sibajev

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

X3m Xavier, Natana Ferreira de Oliveira.

Migração venezuelana e Atenção à Saúde Materno-Infantil : uma análise das notificações de sífilis congênita, em uma maternidade do estado de Roraima, nos biênios 2017/2018 e 2020/2021 / Natana Ferreira de Oliveira Xavier. – Boa Vista, 2022.

83 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Sibajev.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Saúde materno-infantil. 2 – Sífilis congênita. 3 – Migração e saúde. 4 – Vigilância epidemiológica. I – Título. II – Sibajev, Alexander (orientador).

CDU – 616-002.6(811.4)

NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER

**MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL:
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA
MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de pesquisa: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde. Defendida em 08.07.2022 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Alexander Sibajev
Orientador/ PROCISA – UFRR

Profa. Dra. Geórgia Patrícia da Silva Ferko
Docente do PROCISA e do Curso de Administração – UFRR

Profa. Dra. Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto
Docente do Curso de Enfermagem – UFRR

Aos meus amados pais, Maria do
Socorro Ferreira e Francisco Alves
de Oliveira, que me ensinaram a
lutar pelos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento dessa pesquisa só foi possível devido ao auxílio de professores, instituições e amigos que direta ou indiretamente me forneceram o subsídio necessário para completar esse ciclo. A todos eles o meu mais profundo agradecimento.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Alexander Sibajev com quem me identifiquei desde o primeiro contato. Seus sábios conselhos me nortearam e permitiram a elaboração e lapidação deste trabalho.

Meus agradecimentos também à UFRR e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde que em meio a tantas dificuldades, inclusive o enfrentamento de uma pandemia, mantiveram os seus compromissos com a comunidade acadêmica, criando e abrindo novos caminhos para que o ensino e a pesquisa não parassem.

Nesse momento, aproveito para agradecer a todos os professores do PROCISA, em especial as minhas queridas professoras Fabíola Christian Almeida de Carvalho e Geórgia Patrícia da Silva Ferko, que dentre outras coisas, me possibilitaram ter um olhar mais sensível à elaboração do produto tecnológico.

Aos professores Maria Soledad, Paulo Sérgio e Cinthya Lins que compuseram a minha banca de qualificação, trouxeram contribuições imensuráveis a esse trabalho e me proporcionaram uma discussão teórico-metodológica mais aprofundada.

À Secretária Executiva do PROCISA, Núbia Gardênia, por toda paciência, atenção e colaboração ao longo destes dois anos.

Ao Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, por ter possibilitado o acesso ao seu banco de dados. Aos funcionários da Unidade de Vigilância Epidemiológica do HMINSN, que sempre foram atenciosas e prestativas: enfermeira Erika Sales, técnicos de enfermagem Frediane Araújo e Frank James e Dr.^a Simei Ayres.

Aos pacientes, sem os quais a realização dessa pesquisa não seria possível.

À Coordenadora do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, Janderleia Maia e os demais servidores do setor, por todas as vezes que me atenderam fornecendo informações essenciais para o estudo.

À Diretora de Ensino e Pesquisa da Maternidade, Raissa Sampaio, que não mediu esforços para viabilizar a execução do levantamento de dados junto à instituição, à Diretora Técnica Dr.^a Crsitiane Born, mulher forte que me inspira todos os dias.

Aos colaboradores do Departamento de DST/SÍFILIS/HIV/HEPATITES VIRAIS, Manuel Aquino, Siane Lima e Milene Evangelista, que dentro das possibilidades também

contribuíram com este projeto.

Aos meus amigos e parceiros de trabalho do núcleo de farmácia hospitalar do HMINSN, Hildenice, Jaques, Carolina Heloar, Jacy Angélica, Neila, Bruna e Jane pelo incentivo e apoio durante essa caminhada.

Aos meus colegas da turma 2020 do PROCISA pelos momentos em que pudemos compartilhar conhecimentos, experiências e aflições típicas de mestrandos.

Agradeço especialmente a minha família, meu alicerce e razão pela qual este projeto representa tanto. Minha imensa gratidão aos meus pais, Maria do Socorro Ferreira e Francisco Alves de Oliveira, irmãos Natália e Franklin, cunhadas Maria Odete e Glauciane e a minha pequena sobrinha Manuela.

Finalizo agradecendo ao amor da minha vida, Fernando Xavier, marido, amigo, incentivador e, especialmente nesse trabalho, um grande leitor. Obrigada, meu amor, por todas as vezes que você disse “vai dar certo!”. Deu certo! e hoje podemos compartilhar a realização deste sonho que nunca foi só meu.

“Eu sou é eu mesmo. Divêrjo de todo o mundo... Eu quase que nada sei. Mas desconfio de muita coisa”.

Guimarães Rosa

RESUMO

A sífilis congênita (SC) é uma infecção resultante da transmissão transplacentária da bactéria *Treponema pallidum*, passada da gestante sífilítica (não tratada ou inadequadamente tratada) para o feto. Nos anos de 2017 e 2018, o Estado de Roraima, experimentou o aumento mais expressivo nas taxas de incidência da doença entre todas as unidades federativas. Esses dados apontados para o Estado não revelam um fator socioeconômico de enorme relevância: o incremento demográfico causado pela intensa migração venezuelana em Roraima, a partir de 2015, muitos acreditam que os migrantes foram responsáveis pelo aumento de casos de sífilis, no extremo norte. Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo analisar a relação entre o aumento do registro de casos de sífilis congênita em Roraima – mais especificamente, no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) –, com o agravamento da crise migratória venezuelana. Trata-se de uma pesquisa de base documental, descritiva, abrangendo o período de dois biênios 2017/2018 e 2020/2021, desenvolvida a partir de dados coletados nas cópias das fichas de notificação/investigação de sífilis congênita do HMINSN. Encontrou-se registros de 459 casos de notificação/investigação de SC, dos quais 84,75% foram de recém-nascidos, aborto ou natimorto de genitora brasileira, 14,81% de genitora venezuelana e 0,44% de genitora guianense. Quanto ao perfil sociodemográfico materno, a faixa etária predominante foi a de mulheres com idade entre 20 a 39 anos, cor parda e com o nível médio completo. Foi observado que a não realização de pré-natal entre venezuelanas foi de 41,18%, e para as mulheres locais esse percentual foi de 17,22%. Identificou-se que entre mulheres brasileiras, 68,38% foram diagnosticadas no pré-natal e 22,11% no momento do parto/curetagem, já entre as venezuelanas 55,88% receberam o diagnóstico no pré-natal e um percentual maior, se comparado ao das mulheres brasileiras, foram diagnosticadas apenas no parto/curetagem 35,29%. No que diz respeito às crianças, foi observado que 77,12% destas obtiveram resultado reagente para o teste não treponêmico no sangue periférico, 4,79% tiveram resultado não reagente e 10,89% não realizaram o exame. No que se refere aos casos que evoluíram para desfecho desfavorável, observou-se que o ano com a maior proporção desse tipo de desfecho foi 2018, com 30,52% de todos os casos de notificação/investigação de SC registrados naquele ano. Dentre eles, 16,84% tratavam-se de aborto, 5,26% de natimortos e 4,21% com anotação de óbito em campo não específico de mulheres brasileiras. Apenas 3,16% e 1,05% dos casos de aborto e natimorto, respectivamente, foram relativos a genitoras venezuelanas. É possível, a partir da avaliação dos dados da pesquisa, afirmar que a migração venezuelana não pode ser considerada o fator determinante para o aumento de casos de sífilis congênita no HMINSN e que outros fatores merecem ser avaliados.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil. Sífilis congênita. Migração e saúde. Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

Congenital syphilis (CS) is an infection resulting from the transplacental transmission of the bacterium *Treponema pallidum*, passed from the syphilitic pregnant woman (untreated or inadequately treated) to the fetus. In the years 2017 and 2018, the State of Roraima experienced the most expressive increase in disease incidence rates among all federative units. These data pointed to the State do not reveal a socioeconomic factor of enormous relevance: the demographic increase caused by the intense Venezuelan migration in Roraima, from 2015, many believe that migrants were responsible for the increase in syphilis cases in the extreme north. In this context, this study aimed to analyze the relationship between the increase in the number of cases of congenital syphilis in Roraima – more specifically, at the Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) – and the worsening of the Venezuelan migratory crisis. This is a document-based, descriptive research, covering the period of two biennia 2017/2018 and 2020/2021, developed from data collected from copies of the HMINSN notification/investigation forms for congenital syphilis. Records of 459 cases of notification/investigation of CS were found, of which 84.75% were newborns, abortions or stillbirths of a Brazilian mother, 14.81% of a Venezuelan mother and 0.44% of a Guyanese mother. As for the maternal sociodemographic profile, the predominant age group was that of women aged between 20 and 39 years old, mixed-race and with complete high school. It was observed that the non-performance of prenatal care among Venezuelans was 41.18%, and for local women this percentage was 17.22%. It was identified that among Brazilian women, 68.38% were diagnosed during prenatal care and 22.11% at the time of delivery/curettage, whereas among Venezuelan women, 55.88% were diagnosed during prenatal care and a higher percentage, compared to Brazilian women, only 35.29% were diagnosed during childbirth/curettage. About children, it was observed that 77.12% of them obtained a reactive result for the nontreponemal test in peripheral blood, 4.79% had a non-reactive result and 10.89% did not undergo the exam. About cases that evolved to an unfavorable outcome, it was observed that the year with the highest proportion of this type of outcome was 2018, with 30.52% of all cases of notification/investigation of CS registered in that year. Among them, 16.84% were abortions, 5.26% were stillbirths and 4.21% had death notes in a non-specific field for Brazilian women. Only 3.16% and 1.05% of abortion and stillbirth cases, respectively, were related to Venezuelan mothers. Based on the evaluation of the research data, it is possible to state that Venezuelan migration cannot be considered the determining factor for the increase in cases of congenital syphilis in the HMINSN and that other factors deserve to be evaluated.

Keywords: Maternal and child health. Congenital syphilis. Migration and health. Epidemiological surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Critérios para definição de sífilis congênita para fins de notificação compulsória, conforme orientação do Ministério da Saúde.....	10
Quadro 2 –	Esquema terapêutico para sífilis congênita.....	14
Figura 1 –	Fluxograma para notificação de SC, a partir da classificação do recém-nascido ao nascimento baseado na avaliação do histórico materno.....	16
Quadro 3 –	Variáveis adotadas no estudo, selecionadas e adaptadas a partir dos dados da Ficha de notificação/investigação de sífilis congênita do Ministério da Saúde.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, segundo a nacionalidade da genitora, no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (2017/2018 e 2020/2021).....	30
Tabela 2 – Distribuição dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, segundo características sociodemográficas e a nacionalidade da genitora, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	32
Tabela 3 – Distribuição dos casos notificados/investigados de SC, segundo informações sobre os antecedentes epidemiológicos (realização de pré-natal e momento do diagnóstico) e dados laboratoriais (realização de testes treponêmico e não treponêmico) da mãe, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	34
Tabela 4 – Distribuição dos casos notificados/investigados de SC, de acordo com o esquema de tratamento materno, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	37
Tabela 5 – Distribuição dos dados laboratoriais dos recém-nascidos notificados/investigados com sífilis congênita, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	39
Tabela 6 – Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com o diagnóstico clínico da criança, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	41
Tabela 7 – Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo o esquema de tratamento da criança, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	41
Tabela 8 – Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo a evolução do caso da criança, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)	43
Tabela 9 – Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, por tipo de desfecho desfavorável e ano de notificação, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021).....	43

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição percentual das fichas de notificação/investigação de SC, segundo a nacionalidade da genitora, por ano de notificação, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)..... 31
- Gráfico 2** – Distribuição percentual dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, conforme informações sobre a realização do pré-natal e nacionalidade da genitora, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)..... 35
- Gráfico 3** – Distribuição percentual das notificações/investigações de sífilis congênita, segundo desfecho desfavorável, no HMINSN (2017-2018 e 2020-2021)..... 44

LISTA DE SIGLAS

APS	–	Atenção Primária à Saúde
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos
DIAHV	–	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais
DSS	–	Determinantes Sociais da Saúde
HMINSN	–	Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth
IST	–	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PHPN	–	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RENAME	–	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RN	–	Recém-nascido
SAME	–	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SC	–	Sífilis Congênita
SINAN	–	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TR	–	Teste Rápido
TV	–	Transmissão Vertical
UFRR	–	Universidade Federal de Roraima
UVE	–	Unidade de Vigilância Epidemiológica
VDRL	–	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
WHO	–	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	PROBLEMA	6
3	OBJETIVOS DA PESQUISA	7
3.1	OBJETIVO GERAL	7
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4	JUSTIFICATIVA	8
5	REFERENCIAL TEÓRICO	9
5.1	A SÍFILIS CONGÊNITA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	9
5.1.1	Sífilis congênita: definição.....	9
5.1.2	Classificação da sífilis congênita.....	11
5.1.3	Diagnóstico.....	11
5.1.4	Tratamento.....	12
5.1.5	Medida de vigilância epidemiológica: notificação compulsória.....	15
5.1.6	Ações estratégicas para a redução e eliminação da sífilis congênita	17
5.2	ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS) NO CONTEXTO MIGRATÓRIO.....	18
5.2.1	Processos migratórios e condicionantes socioeconômicos na atenção à saúde pública.....	19
5.2.2	O direito de acesso à saúde como direito do migrante	20
6	METODOLOGIA	22
6.1	TIPO DE ESTUDO	22
6.2	RECORTE TEMPORAL	22
6.3	LOCAL DO ESTUDO	23
6.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
6.5	COLETA DE DADOS	25
6.6	ANÁLISE DE DADOS.....	27
6.7	ASPECTOS ÉTICOS	28
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
7.1	VARIÁVEIS MATEERNAS	30
7.2	VARIÁVEIS DAS CRIANÇAS	38
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48

APÊNDICES	56
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde, divulgados no Boletim Epidemiológico 2019, o Estado de Roraima apresentou, entre os anos de 2017 e 2018, o mais expressivo aumento nas taxas de incidência de sífilis congênita entre todas as unidades federativas (132,0%). Além do preocupante aumento, o Boletim também registrou que o coeficiente de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano (por 100.000 nascidos vivos), em Roraima, no ano de 2018, foi de 8,5, isto é, acima do coeficiente de mortalidade nacional, de 8,2 (BRASIL, 2019a). O Boletim 2020, por sua vez, revelou que Roraima está entre os doze Estados que, em 2019, apresentaram taxas de detecção de sífilis em gestantes superiores às do Brasil (BRASIL, 2020a).

Esses dados alarmantes não evidenciam um importante dado sociodemográfico que afetou significativamente a prestação de serviços públicos, inclusive no âmbito da saúde, do estado de Roraima, a partir de 2015: a migração de pessoas predominantemente de baixa renda vindas da Venezuela (FGV DAPP, 2020; UEBEL, MÁRQUEZ, FRÖHLICH; 2021).

A migração venezuelana na segunda metade da década de 2010 pode ser considerada um divisor de águas na história de Roraima. Nunca antes o Estado havia recebido um contingente populacional tão expressivo, em um processo migratório internacional que fugiu ao controle das autoridades brasileiras. A posição geográfica do estado, que é a “principal porta de entrada” (IPEA, 2021) de venezuelanos no Brasil, fez da migração um processo especialmente desafiador. Roraima se conecta por via terrestre apenas com uma parte do estado do Amazonas (mesorregião do centro amazonense), e a impossibilidade de migrantes de baixa renda irem para outras unidades federativas por via aérea, a partir do aeroporto de Boa Vista, manteve o saldo migratório descompensado – entre os anos de 2015 e 2018, esse saldo foi quase 89 mil pessoas (OLIVEIRA, 2018).

A instalação da “Operação Acolhida”, a partir do primeiro semestre de 2018, fez diminuir a sobrecarga gerada sobre os serviços de assistência social e saúde. No entanto, no período antecedente, a intensidade do fluxo migratório fez com que, ainda em 2016, o governo estadual de Roraima decretasse estado de emergência em saúde nas principais cidades de recepção de migrantes, a saber, Boa Vista e Pacaraima (RORAIMA, 2016).

Deve ser então ressaltado, a propósito, que, dentre os impactos socioestruturais causados pela massiva migração venezuelana, um dos mais persistentes para a gestão pública estadual foi aquele relativo às demandas dos migrantes por atendimento médico-hospitalar. De acordo com o Relatório epidemiológico de Roraima de 2020, foram registrados 2.792

nascimentos de filhos de as mães de venezuelanas, o equivalente a 20,9% de todos os nascimentos ocorridos naquele ano (BENEDETTI, 2021).

Não se trata, nesse caso, do incremento apenas quantitativo de nascimentos, mas também, em termos qualitativos, da necessidade de adoção de estratégias de atendimento de parturientes com perfil específico. De acordo com a Constituição Federal brasileira a saúde é dever do Estado e direito de todos, nacionais e estrangeiros (BRASIL, 1988).

Ocorre que o gestor público, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passa a enfrentar novos desafios, de vez que tem o dever constitucional de atender a todos, inclusive a crescente população migrante, mas tendo que enfrentar dificuldades econômico-orçamentárias, de infraestrutura (falta de leitos), de recursos humanos (falta de pessoal), de materiais médico-hospitalares etc., para prestar atendimento universal (ARRUDA-BARBOSA; SALES; TORRES, 2020).

No caso específico do atendimento neonatal, em especial no que se refere ao controle da sífilis congênita, o problema que se coloca é que muitas gestantes venezuelanas não realizam o pré-natal e não recebem tratamento médico adequado no seu país de origem, em razão da precariedade dos serviços e da crise de abastecimento de medicamentos pela qual passa a Venezuela, o que aumentam os riscos de transmissão vertical daquela doença. Assim, durante o pré-natal, elas não se submetem, dentre outros, a testes rápidos de triagem para sífilis e/ou VDRL, e essa Infecção Sexualmente Transmissível (IST) em muitos casos apenas é descoberta no momento do parto ou curetagem no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), que representava até maio de 2021 a única maternidade pública do Estado de Roraima.

Ante esse quadro, os índices de sífilis tendem aumentar, pois as chances de o bebê adquirir sífilis congenitamente são muito maiores, e acabam se somando aos índices já elevados de sífilis nas mães (sífilis gestacional).

A presente pesquisa pretende, assim, avaliar as hipóteses acima descritas, isto é, que a migração desordenada, aliada à falta de planejamento e recursos, permitiu que os dados sobre sífilis congênita em Roraima aumentassem e se tornassem preocupantes.

2 PROBLEMA

Considerando o quadro configurado na introdução, o problema desta pesquisa pode ser apresentado da seguinte forma: o fluxo de migrantes venezuelanos poderia ser considerado o fator determinante para o aumento dos registros de casos de sífilis congênita no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, no período de 2017/2018 e 2020/2021?

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar etiologicamente o aumento dos casos de sífilis congênita, no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, com o agravamento da crise migratória venezuelana em Roraima, a partir de 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar os dados primários situados nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita, no HMINSN, especificando a nacionalidade da mãe, durante o período de 2017/2018 e 2020/2021;
- Analisar se as genitoras das crianças notificadas/investigadas com sífilis congênita, no HMINSN, realizaram o pré-natal e foram diagnosticadas precocemente ou se o diagnóstico da sífilis se deu apenas no momento do parto/curetagem;
- Verificar a frequência de gestantes que fizeram tratamento oportuno para sífilis, de acordo com a sua nacionalidade;
- Descrever os aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos das crianças notificadas/investigadas para sífilis congênita; e
- Descrever os desfechos de sífilis congênita notificados no HMINSN, de acordo com a nacionalidade materna, no período entre 2017/2018 e 2020/2021.

4 JUSTIFICATIVA

A migração venezuelana em Roraima causou impactos sobre diferentes áreas da Administração pública local, a qual teve que se reorganizar para lidar com desafios inteiramente novos. No âmbito da saúde pública, as unidades hospitalares enfrentaram um aumento das demandas trazidas pela comunidade migrante.

Tomando por base esse contexto, a presente pesquisa se justifica pela necessidade de se avaliar as consequências do intenso fluxo migratório de mulheres venezuelanas gestantes ao estado de Roraima, especificamente para Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista. Muitos acreditam que as migrantes nele atendidas foram responsáveis pelo aumento de casos de sífilis no extremo norte.

À vista da existência de poucos estudos que analisam o fenômeno migratório em Roraima e suas consequências para o sistema de atenção à saúde materno-infantil, o presente trabalho se propõe a contribuir para o debate entre o aumento de casos de sífilis e o processo migratório. Dentre os poucos estudos já publicados, há alguns que encaminham conclusões precipitadas, que correlacionam o aumento de sífilis no estado de Roraima ao processo migratório e podem, se mal interpretados, contribuir para agravar o quadro de xenofobia no estado.

Além do mais, é importante discutir a necessidade de busca por soluções, no âmbito da gestão em saúde pública local, para a iminente insustentabilidade das estratégias de combate à sífilis.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A SÍFILIS CONGÊNITA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o Boletim Epidemiológico 2020, divulgado pelo Ministério da Saúde, nos últimos dez anos (2009-2019) houve um aumento progressivo na taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2020a).

Estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que no ano de 2016 houve mais de meio milhão (cerca de 661 mil) casos de sífilis congênita em todo o mundo, o que resultou em aproximadamente de 200 mil natimortos e mortes neonatais em decorrência da doença (KORENROMP et al., 2019), evidenciando que a sífilis é um importante problema de saúde pública no mundo, mas, principalmente, em países pobres e em desenvolvimento.

Frente ao cenário epidemiológico crítico da SC em território brasileiro e a necessidade de melhor compreensão da doença, neste capítulo preliminar serão apresentados os referenciais sobre a definição de sífilis congênita, seus aspectos clínicos, os métodos de diagnóstico, tratamento e os mecanismos governamentais para o enfrentamento e controle desta infecção.

5.1.1 Sífilis congênita: definição

O Ministério da Saúde (2005, p. 9) conceitua a sífilis congênita como “o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária”. A transmissão pode ocorrer em qualquer período gestacional, entretanto quanto mais inicial a infecção materna, mais treponemas estarão presentes na circulação sanguínea e o feto poderá ser atingindo de forma mais gravosa (DOMINGUES et al., 2021).

Com vistas a atualizar a definição de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica e consequente notificação compulsória, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV) publicou a Nota Informativa N° 2-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS que apresenta três situações que caracterizam a sífilis transmitida verticalmente, conforme apresentadas abaixo:

Quadro 1 – Critérios para definição de sífilis congênita para fins de notificação compulsória, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Situação	Descrição
Situação 1	Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.
Situação 2	<p>Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; • Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras do sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; • Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta; • Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; • Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.
Situação 3	Evidência microbiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

Fonte: Brasil, 2017

Diferente de muitas outras doenças que acometem a gravidez e são capazes de atingir o feto, a sífilis congênita é uma infecção que pode ser evitada, bastando para isso a detecção precoce, que deve ocorrer durante as testagens realizadas no pré-natal, o tratamento adequado da gestante e de seu parceiro sexual (FAVERO et al., 2019). Todavia, a Nota Informativa anteriormente citada apresenta que, para fins de definição de caso de sífilis congênita, o tratamento do(s) parceiro(s) sexual(ais) da gestante não devem mais entrar nos critérios epidemiológicos. Apesar disso, permanece essencial para o controle da SC a busca ativa para o diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais dessas mulheres, devido a possibilidade de reinfeção (BRASIL, 2019b).

Dessa forma, a literatura aponta que o mecanismo mais indicado para prevenção da doença é a realização do pré-natal eficiente e tratamento adequado das infectadas (COSTA et al., 2017). Sendo a inadequação do pré-natal o principal fator responsável pela elevada incidência da sífilis congênita no Brasil (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

5.1.2 Classificação da sífilis congênita

A sífilis congênita pode se manifestar de diversas formas, que vão desde maneiras assintomáticas até às formas mais graves, com desenvolvimento de sepses e mortes fetais e neonatais. Estudos demonstram que na fase neonatal cerca de 60% a 90% dos casos de sífilis congênita são assintomáticos, geralmente com o aparecimento dos primeiros sintomas nos três meses de vida, o que demonstra a maior necessidade de testagem sorológica das gestantes na maternidade (DOMINGUES et al., 2021).

Para efeitos de classificação, a sífilis congênita é dividida em dois estágios: precoce, quando os primeiros sinais e sintomas ocorrem antes dos dois anos de idade e a tardia, quando essas manifestações iniciam após o segundo ano de vida da criança (BRASIL, 2005).

Em relação a sífilis congênita precoce, considerando que mais da metade de todas as crianças infectadas são assintomáticas, como apresentado anteriormente, para o seu diagnóstico é necessário que seja associado aspectos clínicos e epidemiológicos da situação materna, avaliação clínico-laboratorial e exames de imagem da criança. As manifestações clínicas do estágio precoce, além do baixo peso e prematuridade, incluem hepatomegalia, lesões cutâneas, icterícia, anemia, dentre outras (BRASIL, 2020b).

No estágio tardio da doença as manifestações clínicas se caracterizam pela deformação de ossos, articulações, prejuízos odontológicos, surdez neurológica e dificuldades cognitivas (BRASIL, 2005).

5.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis na gestante são fatores diretamente relacionados a ocorrência ou não da sífilis congênita. No Brasil, o diagnóstico da sífilis no período gestacional ocorre na Atenção Primária à Saúde (APS), na oportunidade do acompanhamento pré-natal, o método de diagnóstico inclui a triagem por meio do exame denominado *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e o teste rápido (treponêmico) que devem também ser realizado no momento do parto ou curetagem (FIGUEIREDO et al., 2020).

Quanto ao diagnóstico da sífilis congênita, tendo em vista a inexistência de avaliação complementar que determine com exatidão a infecção da criança, é necessária uma abordagem que combine achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais (BRASIL, 2020b; DOMINGUES et al., 2021).

É preconizado pelo Ministério da Saúde que todos os recém-nascidos de mulheres diagnosticadas com sífilis no período gestacional realizem o teste não treponêmico no sangue periférico. O Ministério recomenda que, para a testagem, não seja utilizado o sangue do cordão umbilical, tendo em vista que este contém a mistura do sangue da mãe com o da criança o que pode resultar em testes falso-reagentes. No teste não treponêmico, o título do RN, em pelo menos duas diluições, maior que o título materno é indicativo de sífilis congênita, contudo a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico da doença (BRASIL, 2020b).

5.1.4 Tratamento

O tratamento para sífilis percorreu um longo caminho de experimentos até se consolidar nas evidências científicas hoje existentes. Inicialmente, a partir da primeira epidemia de doença no século XV, foram utilizadas substâncias como mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, que logo se revelaram inapropriadas, tendo em vista que mostraram baixa eficácia e alta toxicidade para o organismo humano (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; SILVA et al., 2020).

Foi apenas a partir de 1928, com a descoberta da penicilina, por Alexander Fleming, que o tratamento para sífilis recebeu uma nova perspectiva (GRUMACH; FERRARONI, 2006). A importância dessa substância química ficou evidenciada no controverso “Caso Tuskegee”, quando, no período de 1932 a 1972, pacientes afro-americanos sífilíticos foram submetidos a um estudo sobre a evolução natural da infecção e havendo possibilidade de um tratamento promissor (a penicilina), este os foi omitido (KOTTOW, 2008).

Deixar de fornecer ou dificultar o acesso a um medicamento, até então, visto como a melhor maneira de tratar a doença, com menos efeitos colaterais, foi algo que marcou a história da bioética em pesquisa clínica (FERREIRA; PAES; LICHTENSTEIN, 2008), mas principalmente, evidenciou à comunidade científica e médica a relevância do uso da penicilina no tratamento e controle da sífilis.

O fato é que a descoberta da ação antimicrobiana da penicilina possibilitou o tratamento de inúmeras doenças infecciosas, incluindo a causada pelo *Treponema pallidum* (FERREIRA; PAES; LICHTENSTEIN, 2008), isso porque esse antibiótico age interrompendo a síntese do peptidoglicano, importante estrutura molecular presente na parede celular da bactéria, consequentemente causa sua destruição (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014).

5.1.4.1 Sífilis gestacional

A discussão sobre o tratamento da sífilis gestacional é relevante durante as pesquisas que abordam a sífilis congênita, uma vez que estudos evidenciam que a saúde da gestante reflete diretamente na saúde da criança (ARAÚJO et al., 2006). De acordo com o Ministério da Saúde (2020, p. 91) “o risco de desfechos desfavoráveis à criança será mínimo se a gestante receber tratamento adequado e precoce durante a gestação”.

A benzilpenicilina, por ser um fármaco que atravessa a barreira transplacentária, é o antibiótico de primeira escolha para o tratamento da sífilis na gestante e no feto. A administração da penicilina pode ser realizada nos serviços de saúde público ou privado, por profissionais capacitados. As ocorrências de reações alérgicas são raras, mas podem acontecer, devendo os serviços de saúde manter o monitoramento das pacientes que apresentem reações alérgicas à penicilina a fim de que sejam dessensibilizadas (COOPER et al., 2016; DOMINGUES et al., 2021).

Mesmo sendo um antimicrobiano de alta eficácia para o tratamento da sífilis gestacional, é importante que a mulher realize o esquema de tratamento adequado para cada estágio da infecção e quando qualquer dose da terapia não for obedecida o esquema completo deve ser repetido (COOPER et al., 2016). Dessa forma,

para o combate à sífilis congênita, o tratamento da gestante com benzilpenicilina benzatina após um teste reagente é fundamental. Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para o concepto. A benzilpenicilina benzatina é segura e a melhor opção para o tratamento da mãe e da criança. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal, é impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe-bebê (BRASIL, 2020b).

Os tratamentos em gestante que não ocorrem com a utilização da benzilpenicilina são, atualmente, considerados inadequados para evitar a transmissão vertical da sífilis, e, para que este seja considerado adequado, é necessário que a gestante tenha finalizado o protocolo terapêutico até 30 dias antes do parto e tenha ocorrido a queda do título de VDRL em pelo menos duas diluições, no período de três meses, ou quatro diluições, em quatro meses, mulheres grávidas que não se enquadrem nesse preceito são definidas como inadequadamente tratadas (DOMINGUES et al., 2021; MOTTA et al., 2018).

Em Roraima, especificamente, no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, um trabalho realizado por Lins (2014) observou que, no período compreendido

entre novembro de 2012 a junho de 2013, 48% das pacientes com recém-nascidos (RN) diagnosticados com sífilis congênita não realizaram o tratamento para sífilis gestacional, o que demonstrava a baixa qualidade do pré-natal, uma vez que o tratamento adequado deve ocorrer até 30 dias antes do parto, ou seja, durante a fase de acompanhamento na assistência básica.

5.1.4.2 Sífilis congênita

O tratamento adequado da sífilis congênita também requer a utilização de benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), medicamento de baixo custo e fácil acesso, uma vez que em 2017 foi incorporado a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Brasil, devendo estar disponível nas unidades de saúde (FREITAS et al., 2021).

Crianças diagnosticadas com neurosífilis devem, necessariamente, receber o tratamento com penicilina cristalina, sendo de caráter obrigatório a sua internação hospitalar, já crianças que não foram acometidas pela neurosífilis podem ser tratadas com a administração de benzilpenicilina procaína, por via intramuscular, sem necessidade de internação, ou por via endovenosa com benzilpenicilina potássica, sendo necessária a internação. A penicilina benzatina, de uso intramuscular, poderá ser utilizada quando a mãe não recebeu tratamento ou foi tratada de maneira inadequada (BRASIL, 2020b).

Em síntese, os esquemas terapêuticos para o tratamento de crianças com sífilis congênita podem ser expressos da seguinte forma:

Quadro 2 – Esquema terapêutico para sífilis congênita.

Período do desenvolvimento	Esquema terapêutico	Pacientes aptos ao tratamento	Requer internação hospitalar
Neonatal	Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa, de 12/12h na primeira semana de vida e de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias	Criança com ou sem neurosífilis	Sim
	Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias	Criança sem neurosífilis	Não
	Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular,	Crianças nascidas de mães não	Não

	dose única	tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento	
Pós-neonatal	Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa, de 4/4h a 6/6h, por 10 dias	Crianças diagnosticadas com sífilis congênita após um mês de idade	Sim

Fonte: Adaptado de Domingues et al. (2021).

As crianças expostas à sífilis, ou seja, aquelas que não manifestam sintomas, cuja mãe recebeu tratamento adequado e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, equivalente ou até uma diluição maior que o da mãe, não necessitam de tratamento para a infecção, entretanto precisam ser acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, com seguimento clínico e laboratorial, uma vez que a criança exposta pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença no decorrer do seu desenvolvimento (BRASIL, 2019b).

5.1.5 Medida de vigilância epidemiológica: notificação compulsória

Segundo a OMS, vigilância em saúde pode ser definida como “as contínuas e sistemáticas coleta, análise e interpretação de dados relacionados à saúde, que são necessárias para o planejamento, implementação e avaliação das práticas em saúde pública” (WHO, 2017, p. 14). Nessa perspectiva, a vigilância epidemiológica aparece como um importante mecanismo para o acompanhamento regular da ocorrência de doenças em certas comunidades, com vistas a estabelecer o aprimoramento de medidas de controle sanitário (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

No Brasil, a vigilância epidemiológica da sífilis congênita é baseada na notificação compulsória da doença, que teve início a partir da década de 80, com a entrada em vigor da Portaria n° 542 de 22 de dezembro de 1986. A notificação é realizada junto ao SINAN, por meio das fichas de notificação/investigação de sífilis congênita, que devem ser preenchidas por profissionais de saúde no exercício da sua função e, de acordo com o Ministério da Saúde,

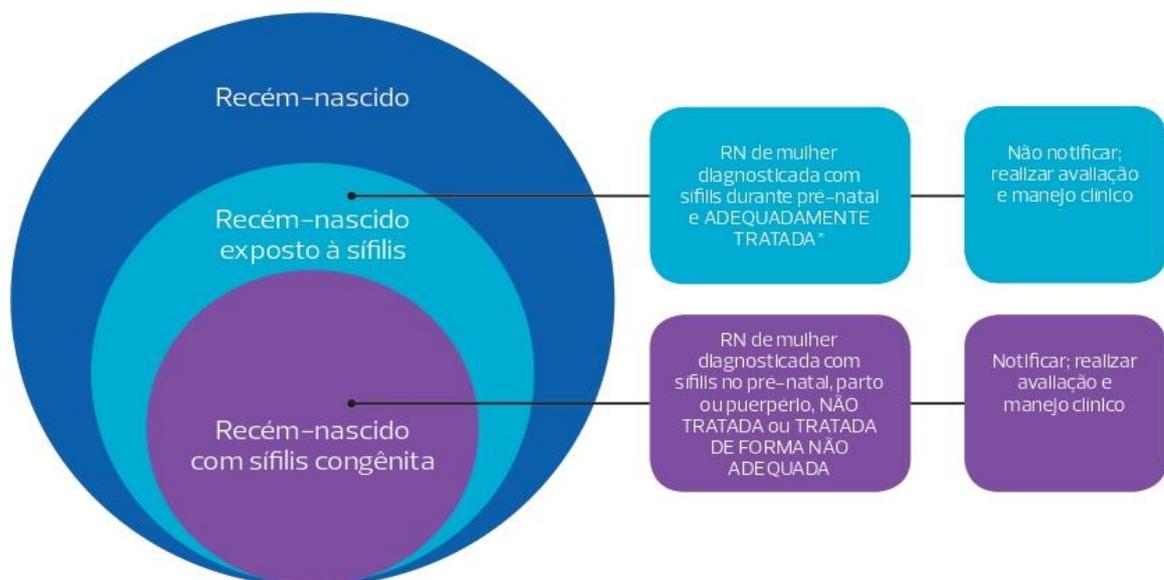
as principais fontes de origem das notificações desse agravo são as maternidades e ambulatórios de pediatria (BRASIL, 2017a).

Saraceni e Miranda (2012) apontam que a compulsoriedade da notificação tem como objetivo reunir dados suficientes para subsidiar ações de planejamento para a redução da doença e suas consequências. As autoras explicam ainda que a ficha de investigação passou, ao longo dos anos, por diversas adaptações que visavam melhorar a detecção e com isso cumprir com os acordos internacionais para eliminação da sífilis congênita, firmados pelo Ministério da Saúde.

Para fins de notificação e seguimento da saúde da criança, as maternidades, principais locais de realização da avaliação inicial do recém-nascido, precisam estar atentas às distinções entre criança exposta à sífilis (porém não infectadas) e as com sífilis (infectadas), principalmente para não submeter crianças exposta a procedimentos invasivos e internação prolongada para realizar o tratamento (BRASIL, 2019b).

Com objetivo de esclarecer as informações sobre esse assunto, o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (BRASIL, 2019b) apresenta o fluxograma sistematizado para notificação de sífilis congênita, a partir dos dados da história materna quanto ao tratamento e seguimento durante o período gestacional, conforme ilustração a seguir:

Figura 1 – Fluxograma para notificação de SC, a partir da classificação do recém-nascido ao nascimento baseado na avaliação do histórico materno.



Fonte: DCCI/SVS/MS, 2019.

Dessa forma, tanto a criança exposta, quanto o recém-nascido com sífilis necessitam

de avaliação, manejo clínico e seguimento adequados, ao passo que, no caso da primeira não há necessidade de notificação, já na criança com SC, a notificação precisa ser realizada (BRASIL, 2019b).

5.1.6 Ações estratégicas para a redução e eliminação da sífilis congênita

5.1.6.1 A relevância do pré-natal para o controle da sífilis congênita

No Brasil, a realização do pré-natal gratuito é um direito da mulher que está amparado pela Lei nº 9.263/1996 (que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar), artigo 3º, parágrafo único, inciso II (BRASIL, 1996). Mesmo assim, a despeito da proteção legal e ampla cobertura pré-natal alcançada pelo país nos últimos anos, ainda são observadas algumas barreiras, especialmente entre os grupos mais vulneráveis, que impossibilitam o acesso oportuno de mulheres gestantes ao processo (MACÊDO et al., 2020).

Araújo et al. (2006), em um estudo realizado sobre a relação entre assistência ao pré-natal e a ocorrência de sífilis congênita observou que ainda existem falhas do procedimento no Brasil, seja pela falta de sua realização ou por sua baixa qualidade, concluindo que se faz necessário melhorar a assistência ao pré-natal de forma a prevenir a ocorrência de sífilis congênita.

De acordo com o Ministério da Saúde, as medidas para o controle da sífilis congênita envolvem a assistência ao pré-natal adequada, o que inclui a captação precoce da gestante para dar início ao processo, a realização de, no mínimo, seis consultas durante o período gestacional e a execução do VDRL no primeiro trimestre de gestação, no início do terceiro trimestre e, obrigatoriamente, na ocasião do parto ou curetagem (BRASIL, 2020b).

Dessa forma, tem-se que a assistência pré-natal é um importante fator capaz de influenciar na redução da sífilis congênita, uma vez que a doença é completamente evitável, desde que a gestante portadora da sífilis seja diagnosticada e tratada precocemente, ficando caracterizado que elevados índices de sífilis congênita, em uma região, apontam para falhas ou inexistência de realização do processo pré-natal (DOMINGUES et al., 2013).

5.1.6.2. Programas estratégicos para a redução da sífilis congênita

Demonstrada a relevância do pré-natal para a saúde materno-infantil, cabe abordar a

temática no que concerne aos aspectos das políticas públicas. Em âmbito nacional, a cobertura do pré-natal foi reforçada por programas governamentais, tais como: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) de 1 de junho de 2000 e, em complementação a este, o programa Rede Cegonha, instituído pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, ambos visam, de maneira geral, melhorar a acessibilidade, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, contribuindo para a redução da mortalidade materno-infantil (MARIO et al., 2019).

É importante destacar também a medida estratégica recente, adotada pelo Brasil, com objetivo de controlar o avanço da sífilis, identificado em 2016, trata-se da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil para execução no biênio 2016-2019 (BRASIL, 2017b) e em agosto de 2020, a agenda foi renovada, com o propósito de fortalecer as redes de atenção à saúde e o sistema de vigilância para a doença no país até o ano de 2021 (BRASIL, 2020c).

5.2 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS), NO CONTEXTO MIGRATÓRIO

Um estudo realizado por Geovanella et al. (2007, p. 264) aponta que “a busca de atendimento por populações de outro país é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam”.

De acordo com Ventura (2018), a situação de saúde dos migrantes é um aspecto fundamental para a inserção e integração deles à sociedade. Nesse sentido, o Estado passa a enfrentar alguns desafios frente ao processo migratório, tais como: manter a sustentabilidade dos sistemas de saúde nacionais, garantir o efetivo acesso à atenção integral de saúde de nacionais e migrantes e alocar os meios e recursos adequados para o enfrentamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis de impacto local e mundial.

Dentre as teorias que buscam explicar o processo saúde-doença, a mais aceita atualmente, de acordo Comissão Nacional sobre o tema, é a teoria dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), segundo a qual os determinantes sociais da saúde englobam um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Conforme as premissas dessa teoria, a abordagem das questões relacionadas ao processo que torna doente um indivíduo antes saudável não deve ser realizada

apenas sob ótica clínico-individual, mas sim abranger também aspectos sociais.

As DSS são largamente utilizadas na análise de casos relacionados com pacientes migrantes. Em um artigo publicado em 2014, analisando o fenômeno migratório no contexto europeu, Lígia Moreira Almeida e José Peixoto Caldas (2014, p. 38) destacam:

Apesar das mudanças recentes nos movimentos migratórios, a feminização da migração e o aumento da participação das mulheres migrantes na demografia europeia tornou-se unânime. Isto reveste-se de especial importância no que concerne às políticas de saúde das populações, nomeadamente porque a evidência científica mostra que os imigrantes têm um maior risco de contrair doenças infecciosas, agudas e crônicas, apresentam mais risco de doenças mentais, maiores índices de morbidade associada à gravidez, e complicações sexuais e reprodutivas como resultado de determinantes psicossociais específicos (Bunevicius et al., 2009) — vulnerabilidade crescente, exacerbada por stressores associados ao processo migratório (Carballo, 2009a; Carballo, 2009b; Martins, Faria & Lage, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a urgência em investir e agir sobre os determinantes sociais da saúde na tentativa de melhorar a saúde e atenção social às populações vulneráveis (e.g. mulheres, migrantes, crianças), especialmente no contexto da crise económica mundial, onde o empobrecimento e as desigualdades tendem a ser mais fortemente agravadas (Loureiro & Miranda, 2011). Essas diferenças são particularmente sérias, quando associadas à condição de gravidez, pelas contingências psicológicas e biológicas inerentes, aumentando a vulnerabilidade das mulheres imigrantes grávidas, seus filhos e suas famílias.

Esses determinantes se mostram muito eloquentes no caso da migração venezuelana para Roraima. Os desafios trazidos para a atenção à saúde materno-infantil com os atendimentos de gestantes e puérperas socialmente vulneráveis vindas de várias partes da Venezuela para Roraima, principalmente a partir de 2017, ainda precisam ser examinados de forma acurada. De qualquer modo, é possível afirmar que há uma relação direta entre o tipo de migração observada na fronteira Brasil-Venezuela e os impactos sofridos pelo sistema de saúde pública roraimense.

5.2.1 Processos migratórios e condicionantes socioeconômicos na atenção à saúde pública

Um quadro mais geral e completo sobre os impactos da migração venezuelana sobre o sistema de saúde público em Roraima ainda está por ser construído. Em todo caso, existem pesquisas publicadas que estão contribuindo para a formação desse quadro, evidenciando alguns aspectos preliminares e secundários do impacto migratório. Dentre essas pesquisas, podem ser destacados a de Doocy et al. (2019), sobre o aumento de casos de doenças infecciosas e situações adversas na saúde materna e neonatal em cidades fronteiriças que receberam venezuelanos migrantes (Cúcuta, na Colômbia, e Pacaraima e Boa Vista, no Brasil);

a de Bahamondes et al. (2020), sobre o grau de satisfação das mulheres gestantes e puérperas venezuelanas quanto ao acesso e uso dos serviços prestados pelo HMINSN no ano de 2019; a de Arruda-Barbosa, Sales e de Souza (2020), sobre os reflexos da migração venezuelana na assistência em saúde no Hospital Geral de Roraima em 2019, dentre outros.

O aumento da demanda por atendimento médico-hospitalar é percebido não apenas nessa bibliografia ainda incipiente, mas também nas impressões pessoais que podem ser obtidas por relatos officiosos dos profissionais que atuam na assistência à saúde nos hospitais de Roraima (inclusive o HMINSN). Nesses relatos, aliás, pode ser notado um aspecto importante do fluxo migratório que aportou em Roraima: o de que o perfil do contingente migratório que se estabeleceu no estado, a partir de 2017, remete a pessoas predominantemente de baixa renda, que no seu país de origem não tinha acesso regular a serviços de saúde de qualidade.

A pobreza e a desigualdade social, nesse caso, são fatores importantes que vão influenciar a saúde dos migrantes (WHO, 2005), até mesmo definindo quais as enfermidades a que esse grupo estará mais suscetível, bem como os cuidados em saúde específicos de que necessitará. No caso das migrantes gestantes, isso provavelmente indicará um acompanhamento pré-natal deficitário ou inexistente, e, com isso, implicará na impossibilidade de diagnóstico oportuno de casos de sífilis e outras doenças.

Na migração haitiana para o Amazonas na primeira metade da década de 2010, o governo do estado solicitou auxílio federal para poder custear o diagnóstico e tratamento dos casos, que começaram a se acentuar, de “HIV e de outras doenças, como cólera, febre amarela e sífilis, consideradas prevalentes no Haiti” (VERÁN; NOAL; FAINSTAT, 2014, p. 1.018), o país mais pobre das Américas.

Em um informe que relaciona o aumento de casos de sífilis notificados entre migrantes no Chile em 2016 (nas regiões de Tarapacá, Antofagasta y Valparaíso), pesquisadores da *División de Planificación Sanitaria*, do Ministério de Saúde do Chile, ponderam que a sífilis “varia sua incidência em função da localização geográfica, do gênero e do nível socioeconômico, sendo mais agravado em países de menores recursos” (CÁCERES; MARTÍNEZ, 2018, p. 284).

5.2.2 O direito de acesso à saúde como direito do migrante

Embora a migração venezuelana tenha pressionado o sistema público de saúde, quase colapsando-o nos meses que antecederam a instalação da chamada “Operação Acolhida”, em

fevereiro de 2018, não havia dúvidas de que os migrantes tinham o direito de ser atendidos.

Em novembro de 2017, entrou em vigor a Lei federal nº 13.445 (Lei de Migração), que dispõe em seu art. 4º, VIII: “Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais [...] acesso a serviços públicos de saúde [...], nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória”.

A despeito disso, já em agosto de 2018, a então Governadora de Roraima editou um decreto (Decreto estadual nº 25.681) restringindo o acesso de estrangeiros a serviços públicos, incluindo os hospitalares e de saúde em geral (FÉLIX, 2018). O decreto visava claramente aos migrantes venezuelanos e parecia destinado a angariar o apoio dos segmentos conservadores para as eleições naquele ano. Contudo, a Advocacia Geral da União ingressou com um pedido junto ao Supremo Tribunal Federal, e a ministra Rosa Weber decidiu suspender o decreto.

Esse episódio foi importante para que o acesso a saúde passasse a ser reforçado como um direito dos migrantes. Nesse contexto, o decreto estadual foi acusado de violar garantias constitucionais, como a dignidade humana e a universalidade do SUS (DIAS, 2019), bem como de ferir regras do direito internacional humanitário (LAPA; MENDES; DO NASCIMENTO, 2018).

O rechaço desse ato normativo fez com que não fosse mais tentada qualquer manobra legislativa que pretendesse criar obstáculos ao acesso dos migrantes a serviços públicos essenciais e básicos. Os hospitais então seguiram atendendo venezuelanos, inclusive mulheres gestantes e puérperas que buscavam atendimento no HMINSN.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo tem natureza descritiva, apoiado em base documental, com abordagem quantitativa e direcionalidade temporal retrospectiva. Foi desenvolvido a partir de dados coletados em cópias das fichas de notificação/investigação de sífilis congênita – que consistem em formulários padronizados pelo Ministério da Saúde e preenchidos por profissionais de saúde (ANEXO A) – dos arquivos do Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, a maior maternidade do estado de Roraima.

6.2 RECORTE TEMPORAL

O recorte temporal especifica os anos de 2017/2018 e 2020/2021. A propósito, é necessário esclarecer as escolhas subjacentes a esse recorte que foi definido na pesquisa.

Primeiramente, o procedimento metodológico para o levantamento de dados e informações sobre casos de sífilis congênita no HMINSN foi a análise individualizada das fichas de notificação/investigação de SC, divididas por ano de notificação.

A proposta inicial do trabalho foi abranger o período de 2017 a 2020, mas a pesquisadora tomou conhecimento de que o arquivo com as cópias das fichas de notificação referentes ao ano de 2019 foi afetado por um evento fortuito, que as tornou impossibilitadas para a consulta.

Na oportunidade, foi recordado que as versões originais dessas fichas são encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. Contudo, quando esses documentos foram solicitados ao município, os servidores responsáveis alegaram que elas não poderiam ser fornecidas, pois continham informações pessoais de pacientes. Embora tenha sido explicado o interesse acadêmico nas fichas, com a apresentação de cópia do projeto aprovado pelo CEP/UFRR, afirmaram que as fichas somente poderiam ser fornecidas mediante a autorização expressa da Secretaria Municipal de Saúde, após a tramitação de um processo administrativo interno.

Essa exigência burocrática, embora compreensível, pareceu que demandaria demasiado tempo. Foi então ponderado que a ausência de registros de casos do ano de 2019 poderia ser contornada por uma estratégia metodológica que será explicada abaixo.

Há dois momentos importantes abrangidos na pesquisa, a saber, os anos de 2017 e 2018, quando o fluxo de migrantes venezuelanos atinge o seu ápice em Roraima (com cerca

de 85 mil migrantes estabelecidos no estado) e as demandas por serviços de saúde pelos migrantes registram recordes (BRASIL, 2018), e os anos de 2020 e 2021, quando o fechamento de fronteiras em razão da pandemia da Covid-19 faz com que o fluxo migratório para Roraima reduza significativamente (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2020; UEBEL, MÁRQUEZ, FRÖHLICH; 2021).

A hipótese de pesquisa foi então redimensionada para lidar com a comparação entre dois períodos, ou melhor, dois biênios, 2017/2018 e 2020/2021, com o fluxo migratório de altíssima intensidade e de média intensidade, respectivamente. O ano de 2019, embora sem notificações consultáveis, poderia servir como linha divisória para dois momentos quantitativamente distintos da migração venezuelana no extremo norte do Brasil.

Então, se a migração estivesse no centro dos fatores que poderiam explicar as mudanças na quantidade de casos de sífilis congênita nos últimos anos em Roraima, seria de se esperar que as fichas de notificação dos anos anteriores a 2019 apresentassem dados de aumento de casos, ou, pelo menos, que fossem dados apontando para mais casos do que aqueles registrados nos anos após 2019, quando o fluxo migratório arrefeceu.

6.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada junto ao Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth – HMINSN, localizado na capital Boa Vista, estado de Roraima, no extremo norte do Brasil. Essa unidade hospitalar, até maio de 2021, era a única maternidade pública de Roraima¹, absorvendo a maioria dos atendimentos regulares destinados às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e os recém-nascidos. O relatório anual de epidemiologia de Roraima aponta que 80,5% de todos os partos de mulheres residentes no Estado, no ano de 2020, foram realizados no HMINSN (BENEDETTI, 2020), o que demonstra a grande representatividade dessa unidade de saúde no cenário da assistência materno-infantil de Roraima.

O HMINSN é um Hospital estadual de referência, vinculado ao SUS, que realiza procedimentos de média e alta complexidade, presta assistência do tipo ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência, ofertando serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatologia (crianças de 0 a 28 dias) (RORAIMA, 2016).

A “Maternidade”, como é conhecida pela comunidade, completa em 2022 quatro décadas de serviços de atenção à saúde materno-infantil ofertados à população e, a despeito da

¹ Em maio de 2021, foi inaugurada, no município de Rorainópolis, a Maternidade Thereza Monay, que passou a ser o segundo hospital materno-infantil de Roraima, concentrando os serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatologia do sul do estado.

crescente demanda por atendimentos, que deveria ensejar a maior atenção dos gestores e mais captação de recursos à instituição, a unidade ainda enfrenta uma série de dificuldades, principalmente estruturais (RORAIMA, 2018).

Embora atenda o público feminino e infantil (neonatos de 0 a 28 dias), o HMINSN não possui Unidade de Terapia Intensiva Materna, e, atualmente, as situações que demandam cuidado intensivo adulto são encaminhadas ao Hospital Geral de Roraima – HGR, que dispõe de 06 (seis) leitos de UTI materna custeadas com recursos federais².

No aspecto do atendimento de alta complexidade neonatal, cabe ressaltar que o HMINSN é o único hospital do estado que dispõe de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN, contando com 8 (oito) leitos, além de 20 (vinte) leitos Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo e 06 (seis) de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa, necessitando ainda da habilitação de mais leitos (RORAIMA, 2021).

O HMINSN também integra o programa “Rede Cegonha”, além de participar de outros projetos do Ministério da Saúde, como a estratégia “QualiNeo”, que visa reduzir a mortalidade neonatal e capacitar o atendimento ofertado aos neonatos nas maternidades da região norte e nordeste, e o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – Apice On, que tem por objetivo atuar nos três pilares da qualificação do serviço de cuidado em saúde materno-infantil (atenção, gestão e formação) (RORAIMA, 2018). Esses projetos, atualmente estão em plena execução, demonstrando o interesse estadual e institucional em aprimorar, na medida de suas responsabilidades legais, os serviços da linha de cuidado às gestantes, puérperas e crianças em Roraima.

No que se refere ao serviço de vigilância epidemiológica hospitalar, o HMINSN dispõe de uma Unidade de Vigilância Epidemiológica – UVE, setor que tem como principal objetivo “responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar” (LIMA, 2020, p. 4). Dentre as atribuições da UVE/HMINSN, destacam-se a busca ativa de casos nas diversas alas do hospital, notificação e investigação de doenças e agravos em saúde, consolidação, análise e divulgação de informações (LIMA, 2020).

Nesse sentido, compete à UVE/HMINSN o preenchimento das Fichas de Notificação/investigação de sífilis congênita e o posterior envio destas à Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR para efetiva notificação junto ao SINAN (SESAU, 2019).

² Cf. Resolução CIB/RR N° 08/2015 – Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), o Hospital Geral de Roraima (HGR) e o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), com objetivo de promover a melhoria da qualidade e garantia de acesso a assistência de alta complexidade em UTI, prestada às mulheres usuárias do SUS do estado de Roraima.

Para além da prestação de serviço de saúde destinados à população local, a “Maternidade” atende também populações de países vizinhos, principalmente da Venezuela e da Guiana (WANDERLEY, 2017).

Em relação ao atendimento da população migrante, dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, indicam que houve um aumento significativo no número de partos na unidade nos últimos anos, e isso estaria relacionado com o atendimento de migrantes venezuelanos que passaram a chegar em Roraima a partir de 2016.

É interessante notar que ainda que o ápice do processo migratório tenha sido entre os anos de 2017 e 2018, não foi neste período em que se registrou o maior número de atendimentos de parturientes venezuelanas, o que faz supor que muitas dessas mulheres não cruzaram a fronteira gestantes. Durante o período de cinco anos (2016-2020) o número de partos de mulheres venezuelanas aumentou em mais de sete vezes. Em 2016, o número de partos de mulheres migrante totalizou 288; em 2019, 2.984; e em 2020, 2.300 (HMINSN, 2021).

6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo foi composta por todas as fichas de notificação/investigação de sífilis congênita, incluindo os casos com desfecho desfavorável, tais como casos de abortos e natimortos, e fichas incompletas (apenas página 1 de 2) preenchidos pela UVE do Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, no período de 2017 a 2018 e de 2020 a 2021, que totalizaram 459 (quatrocentos e cinquenta e nove) cópias de fichas de notificação.

Foram excluídas do estudo as cópias de fichas de notificação de pacientes indígenas. Quatro fichas de notificação/investigação originais, com anotação de caso “DESCARTADO”, que permaneceram nos arquivos da UVE/HMINSN, mas não foram encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista para fins notificação, pois a hipótese de SC foi afastada pelos próprios funcionários da UVE.

Como o objetivo da pesquisa era o de alcançar o universo total das fichas de notificação/investigação para sífilis congênita no HMINSN – algo que se tornou acessível após a anuência da instituição coparticipante e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa –, não se tornou necessário a realização de cálculo amostral (MIOT, 2011).

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados consistiu em duas principais etapas. Primeiramente, foram coletadas de forma manual as informações dispostas nas cópias das fichas de notificação/investigação de sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do período de 2017 a 2021, arquivadas no banco de dados da Unidade de Vigilância Epidemiológica do Hospital. Para tanto, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário adaptado pela autora (APÊNDICE A) – elaborado a partir de informações presentes na ficha de notificação/investigação de SC do Ministério da Saúde – a fim de delimitar as variáveis de interesse do estudo.

Sabe-se que as fichas de notificação do agravo em análise são importantes fontes de pesquisa em saúde, uma vez que possuem dados sociais, epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da gestante e de seu conceito (HERINGER et al., 2020). No entanto, cabe ressaltar que elas não contêm um campo específico para a determinação da nacionalidade da genitora da criança diagnosticada ou investigada com sífilis congênita.

Há uma recomendação da Superintendência de Vigilância em Saúde do município de Boa Vista para que, a partir do dia 29 de novembro de 2017, fosse incluída a informação referente à nacionalidade dos pacientes nas fichas das Doenças de Notificação Compulsória e Doenças de Notificação Compulsória Imediata (ANEXO B). Em 2022, esse documento foi reiterado (ANEXO C), porém, a despeito disso, ao menos no HMINSN, a informação relativa à nacionalidade passou a ser, eventualmente, anotada de forma adicional no campo “complemento (apto, casa,...)” ou em “país (se residente fora do brasil)”, na seção destinada aos dados residenciais da genitora. Na maioria dos casos, essa informação foi ignorada nas notificações. Em 81,2% (373 fichas) não havia informação da nacionalidade e apenas em 18,7% (86 fichas) essa anotação estava presente.

Frente a esse cenário, a segunda etapa da coleta ocupou-se do levantamento primário do dado referente às nacionalidades das genitoras, justamente porque a maioria das fichas de notificação não consideravam tal informação. Para isso, foi elaborada uma planilha com os nomes das mães cujas nacionalidades eram desconhecidas e pesquisou-se junto ao Serviço Médico de Arquivamento e Estatística do HMINSN, que dispõe do cadastro de todas as pacientes admitidas no Hospital.

Buscou-se realizar as transcrições das informações presentes nas cópias das fichas de notificação/investigação de SC na sua íntegra. Todavia, houve necessidade de adaptação de algumas respostas, pois durante a pesquisa empírica constatou-se que, além da ficha oficial, padronizada pelo MS, existia outro modelo de ficha utilizada para notificação em 87 casos. Essa ficha secundária, de origem desconhecida, segundo a coordenadora da UVE/HMINSN,

foi um protótipo elaborado em 2014 e que deveria substituir o modelo atual. Ainda que não tenha sido implementado, ele foi utilizado pelo HMINSN para algumas notificações.

Há diferença entre essas duas fichas nos campos “realização de pré-natal” e “esquema de tratamento” materno, de modo que, quando utilizado pelo Hospital o modelo de ficha não padronizado, as informações divergentes foram anotadas no campo “observações” do instrumento de coleta para posterior análise, conforme se verá na próxima seção.

Para o acesso e levantamento de informações relativas aos casos de sífilis congênita registrados no SINAN, no estado de Roraima, utilizou-se o Sistema de Informação de Saúde “TabNet Win 32 3.0: Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante”, especificamente a seção “sífilis congênita”, selecionada a abrangência geográfica “Roraima”³. A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela autora, após aprovação da pesquisa pelo CEP/UFRR no período de outubro de 2021 a março de 2022.

6.6 ANÁLISE DE DADOS

Superada a etapa de coleta de dados, as informações obtidas pela consulta das 459 fichas foram tabuladas e organizadas em planilha do software Excel (versão 2204, Microsoft®), por ano de notificação, dicotomizadas em variáveis maternas e variáveis da criança, conforme disposto no quadro abaixo.

Quadro 3 – Variáveis adotadas no estudo, selecionadas e adaptadas a partir dos dados da Ficha de notificação/investigação de sífilis congênita do Ministério da Saúde.

Sujeitos	Características	Descrição das variáveis
Genitoras	Sociodemográficas	Nacionalidade, idade, raça/cor e escolaridade.
	Relativas aos antecedentes epidemiológicos	Realização de pré-natal na gestação em curso e momento do diagnóstico de sífilis.
	Laboratoriais	Teste não treponêmico no parto/curetagem e teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem.
	Pertinentes ao tratamento	Esquema de tratamento para sífilis.
Crianças	Laboratoriais	Teste não treponêmico – sangue periférico; evidência do <i>Treponema pallidum</i> ; alteração líquórica e alteração do exame dos ossos longos.
	Clínicas	Diagnóstico clínico
	Referentes ao tratamento	Esquema de tratamento
	Quanto à evolução do caso	Tipo de desfecho

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme exposto anteriormente, houve necessidade de adaptação do conteúdo de algumas variáveis, considerando que existiam dois modelos de ficha de notificação/investigação

³ Cf. o endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/sifilisrr.def>.

de sífilis congênita sendo utilizados pelo Hospital, essas adaptações ocorreram da seguinte forma:

1 – Quanto à variável *realização de pré-natal*: a ficha oficial do MS apresenta como respostas “1-Sim”, “2-Não” e “9-Ignorado”, já a ficha extraoficial apresenta como alternativas a quantidade de consultas realizadas pela gestante, que variam de 0 a 6, ou ignorado. Para essa variável, quando utilizado o segundo modelo de ficha, foi considerado como sido realizado pré-natal a partir de 01 consulta, tendo em vista que, durante a primeira consulta, já é preconizado pelo Ministério da Saúde que a gestante realize um teste treponêmico, preferencialmente o Teste Rápido (TR) (BRASIL, 2019b). Tem-se ainda, como fundamento metodológico, uma pesquisa semelhante realizada por Lins (2014), que levou em consideração a realização de pré-natal a partir de 01 consulta.

2 – Relativo à variável *tratamento materno*: o modelo de ficha de notificação ainda vigente apresenta como alternativas para o esquema de tratamento da mãe as opções “1- Adequado”, “2- Inadequado”, “3- Não realizado” e “9- Ignorado”; o outro modelo de ficha, por sua vez, traz para tal variável as seguintes possibilidades “1- Penicilina G benzatina 2.400.000 UI”, “2- Penicilina G benzatina 4.800.000 UI”, “3- Penicilina G benzatina 7.200.000 UI”, “4- outro esquema”, “5- Não realizado” e “9- Ignorado”. Sendo assim, quando adotado pelo Hospital o modelo de ficha secundário, as respostas para o tratamento da mãe foram catalogadas como “informações ausentes por tratar-se de ficha não padronizada”.

De maneira geral, para descrição das variáveis foram utilizadas as frequências absolutas e relativas (expressas em valores percentuais), divididas entre três grupos de nacionalidades maternas encontradas ao longo da coleta de dados: brasileiras, venezuelanas e guianenses.

A análise dos dados foi realizada através de procedimentos da estatística descritiva, com resultados apresentados em tabelas e gráficos.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR) e seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

O estudo teve início a partir anuência da Instituição coparticipante, Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth em conjunto com a aprovação pelo CEP-UFRR,

que se deu sob parecer número 5.279.689 (CAAE: 51435021.6.0000.5302) (ANEXO D). Foi requerida e concedida a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa retrospectiva, com utilização de dados contidos nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita de pacientes que não se encontravam mais internados no HMINSN, sendo de difícil acesso a localização destes.

Em todo caso, apresentou-se o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), de maneira a firmar o compromisso desta pesquisadora em manter sob sigilo a identidade dos participantes do estudo, com a utilização dos dados obtidos exclusivamente para fins da pesquisa (APÊNDICE B).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os resultados obtidos na coleta de dados, organizados de acordo com os objetivos propostos no trabalho. Para o recorte temporal de dois biênios (2017/2018 e 2020/2021), foram encontrados registros de 459 fichas de notificação/investigação de sífilis congênita no HMINSN, incluindo cópias incompletas (que continham apenas a página 1 de 2), mas com informações de relevância para a pesquisa, que, portanto, não poderiam ser excluídas.

7.1 VARIÁVEIS MATERNAS

Esta subseção aborda o resultado para o principal objetivo deste trabalho, a saber, identificar se o intenso fluxo de migrantes venezuelanos ao estado de Roraima, a partir de 2017, colaborou para o aumento de casos de notificações de sífilis congênita no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth.

A tabela 1 dispõe sobre a distribuição dos casos notificados/investigados de SC, segundo a nacionalidade materna no HMINSN, com o recorte temporal de 2017/2018 e 2020/2021. O método de organização da tabela – em nacionalidade da genitora e ano de atendimento – possibilita compreender, em nível comparativo, o impacto quantitativo da migração frente ao registro dos casos de SC, ao longo de dois biênios.

Os dados presentes na referida tabela demonstram o aumento progressivo, em valor absoluto, das notificações de SC na Maternidade para os períodos analisados. Os dois biênios do estudo totalizaram 459 casos notificados de SC, dos quais 84,75% (n=389) foram de recém-nascidos, aborto ou natimorto de genitora brasileira, 14,81% (n=68) de genitora venezuelana e 0,44% (n=02) de genitora guianense.

Tabela 1 – Distribuição dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, segundo a nacionalidade da genitora, no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (2017/2018 e 2020/2021)

Nacionalidade da genitora	2017 (n= 74)		2018 (n= 95)		2020 (n=140)		2021 (n=150)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasileira	72	97,30%	86	90,53%	103	73,57%	128	85,33%	389	84,75%
Venezuelana	2	2,70%	8	8,42%	36	25,71%	22	14,67%	68	14,81%
Guianense	0	0,00%	1	1,05%	1	0,71%	0	0,00%	2	0,44%
									459	100,00%

Fonte: elaboração da autora.

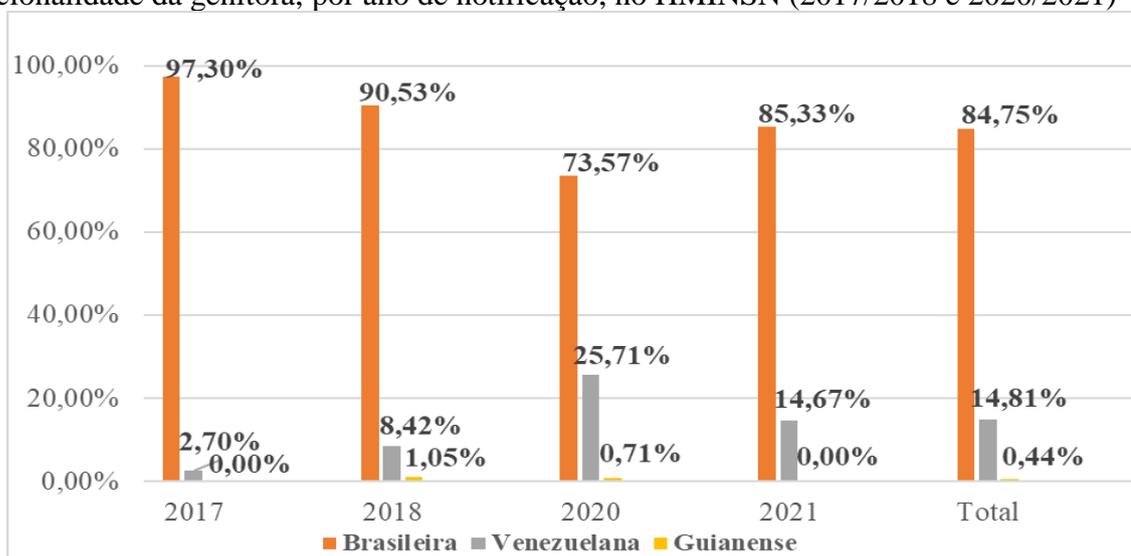
O gráfico abaixo demonstra que o ano 2017 foi o de menor ocorrência de notificação de SC entre genitoras da nacionalidade venezuelana, representando apenas 2,70% (n=02) do total de casos para aquele ano, em contraposição a 97,30% (n=72) de registro de casos entre mães brasileiras. Curiosamente, nesse mesmo ano, de acordo com dados da Polícia Federal mais de 70 mil venezuelanos entraram em Roraima (LOPES, 2018).

Por sua vez, o ano com maior número de notificações entre filhos de migrantes venezuelanas foi 2020, com 25,71% (n=36) do total de casos (isto é, 140), em contraponto a 73,57% (n=103) de filhos de mulheres brasileiras. É importante destacar que em 2021 tem-se uma queda no número de notificações entre migrantes venezuelanas em relação ao ano anterior, totalizando 14,67% (n=22), de 150 casos registrados naquele ano.

Essa estatística desafia as considerações feitas em estudo que afirma que “o deslocamento desordenado de venezuelanos” teria causado a “elevação na incidência de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis” (DANTAS et al., 2021, p. 1). Pelo menos no caso de sífilis congênita, essa afirmação não foi corroborada pelos dados levantados nesta pesquisa.

A elevação dos casos de sífilis congênita no HMINSN foi mais acentuada a partir de 2020, ano em que a fronteira Brasil-Venezuela se encontrava fechada em razão da pandemia da Covid-19 e muitos migrantes venezuelanos estavam sendo interiorizados para outros estados. A propósito, nesse mesmo ano, registrou-se aumento de casos de SC em unidades federativas que, proporcionalmente, receberam poucos migrantes interiorizados, como Bahia, Sergipe, Amapá e Alagoas (BRASIL, 2021).

Gráfico 1 – Distribuição percentual das fichas de notificação/investigação de SC, segundo a nacionalidade da genitora, por ano de notificação, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)



Fonte: elaboração da autora

A tabela 2 apresenta as características sociodemográficas maternas encontradas nesta pesquisa. No universo total, em 74,51% dos casos a faixa etária da mãe era de 20 a 39 anos de idade. Quando comparados os grupos de mulheres locais e as migrantes, observa-se que 74,04% das brasileiras, 77,94% das venezuelanas e 50% das guianenses tinham idade compreendida entre 20 e 39 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, segundo características sociodemográficas e a nacionalidade da genitora, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

Variáveis	Nacionalidade da genitora							
	Brasileira		Venezuelana		Guianense		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária								
10 a 14	2	0,51%	0	0,00%	1	50,00%	3	0,65%
15 a 19	89	22,88%	12	17,65%	0	0,00%	101	22,00%
20 a 39	288	74,04%	53	77,94%	1	50,00%	342	74,51%
40 ou mais	3	0,77%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,65%
Não informado	7	1,80%	3	4,41%	0	0,00%	10	2,18%
Escolaridade								
Analfabeta	2	0,51%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,44%
Ensino fundamental incompleto	80	20,57%	21	30,88%	1	50,00%	102	22,22%
Ensino fundamental completo	28	7,20%	11	16,18%	0	0,00%	39	8,50%
Ensino médio incompleto	88	22,62%	11	16,18%	0	0,00%	99	21,57%
Ensino médio completo	131	33,68%	13	19,12%	1	50,00%	145	31,59%
Superior incompleto	13	3,34%	0	0,00%	0	0,00%	13	2,83%
Superior completo	6	1,54%	2	2,94%	0	0,00%	8	1,74%
Ignorado	8	2,06%	6	8,82%	0	0,00%	14	3,05%
Não informado	33	8,48%	4	5,88%	0	0,00%	37	8,06%
Raça/Cor								
Branca	15	3,86%	1	1,47%	0	0,00%	16	3,49%
Preta	7	1,80%	0	0,00%	1	50,00%	8	1,74%
Parda	354	91,00%	66	97,06%	1	50,00%	421	91,72%
Amarela	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ignorado	1	0,26%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,22%
Não informado	12	3,08%	1	1,47%	0	0,00%	13	2,83%

Fonte: elaboração da autora.

A predominância de notificações de SC entre mães com idade entre 20 a 39 anos, seja entre mulheres brasileiras ou venezuelanas coaduna com o estudo realizado por Costa et

al. (2013), os quais relacionaram esse achado ao fato de que essa etapa do desenvolvimento humano representa o ápice da fase reprodutiva, conseqüentemente, implica um maior número de gestações. Não obstante, de modo geral, observa-se a ocorrência de notificações de SC em todas as faixas etárias, revelando que a prática do sexo sem o uso de preservativo independe de idade (COSTA et al., 2013).

Com relação à escolaridade materna, observa-se que, no período em análise, o maior percentual de ocorrência de notificação/investigação de sífilis congênita foi entre genitoras com o ensino médio completo (31,59%). Quando comparados os grupos, é notada uma diferença nesse percentual geral: entre as brasileiras, a maior frequência de mães é a daquelas também com o ensino médio completo (33,68%), seguidas por mães com o ensino médio incompleto (22,62%). Por sua vez, no grupo das migrantes venezuelanas, o maior percentual do grau de escolaridade materno foi o do ensino fundamental incompleto (30,88%), sucedido pelo de mulheres com o ensino médio completo (19,12%).

Esses percentuais mostram que ocorrência de SC, geralmente, independem do grau de instrução das mães. Essa constatação, aliás, pode ser encontrada em estudo realizado por Lafeté et al. (2016), que identificaram um novo perfil de mulheres infectadas – diferente dos resultados de alguns estudos de anos anteriores que caracterizavam a ocorrência de sífilis majoritariamente entre mães com baixa escolaridade –, a saber, o de mulheres com maior grau de instrução, fator este que, segundo os autores, confirma a premissa de que a sífilis não vem afetando apenas um grupo específico, e por isso requer incentivo à prevenção da população em geral.

Um outro aspecto admitido como ponto de partida a variável raça/cor. Sobre esta, nota-se que a maior proporção de casos notificados/investigados de SC foi entre genitoras que se declararam como pardas 91,72%, seguido por mulheres brancas 3,49%, mães pretas 1,74% e em 2,83% dos casos essa informação estava ausente na ficha. Percentuais semelhantes foram identificados entre os grupos de brasileiras e venezuelanas (tabela 2). Essa realidade se assemelha à nacional, uma vez que em 2020 mais de 50% (58,6%) das mães de crianças com sífilis congênita se declararam pardas (BRASIL, 2021).

No que diz respeito ao acesso à assistência pré-natal, tem-se que 72,55% das mães realizaram o acompanhamento, 20,92% não realizaram, 1,31% tiveram essa informação ignorada e em 5,23% não houve preenchimento na ficha. Quando comparados os grupos de mães, observa-se que, entre as brasileiras, 76,09% tiveram acesso ao pré-natal e 17,22% não tiveram, enquanto, entre as genitoras venezuelanas, 52,94% tiveram o acompanhamento e 41,18% não. Entre mulheres guianenses, houve uma (50%) situação de mãe com realização de

pré-natal e uma (50%) em que a genitora não realizou (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, segundo informações sobre os antecedentes epidemiológicos (realização de pré-natal e momento do diagnóstico) e dados laboratoriais (realização de testes treponêmico e não treponêmico) da mãe, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

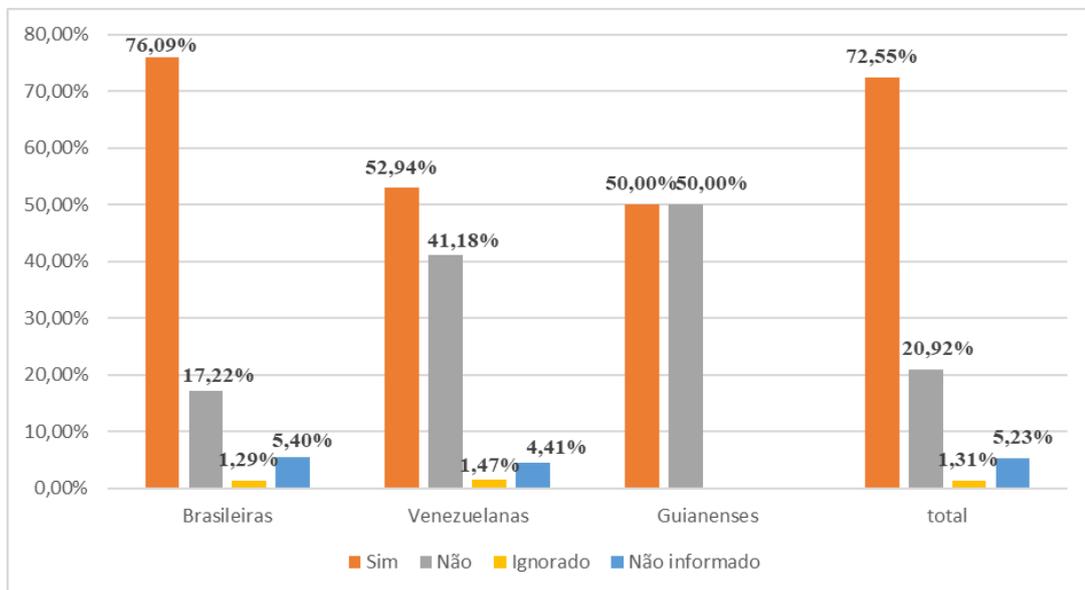
Variáveis	Nacionalidade da genitora							
	Brasileira		Venezuelana		Guianense		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Realização de pré-natal nesta gestação								
Sim	296	76,09%	36	52,94%	1	50,00%	333	72,55%
Não	67	17,22%	28	41,18%	1	50,00%	96	20,92%
Ignorado	5	1,29%	1	1,47%	0	0,00%	6	1,31%
Não informado	21	5,40%	3	4,41%	0	0,00%	24	5,23%
Momento do diagnóstico								
Durante o pré-natal	266	68,38%	38	55,88%	1	50,00%	305	66,45%
No momento do parto ou curetagem	86	22,11%	24	35,29%	1	50,00%	111	24,18%
Após o parto	16	4,11%	2	2,94%	0	0,00%	18	3,92%
Não realizado	5	1,29%	1	1,47%	0	0,00%	6	1,31%
Ignorado	1	0,26%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,22%
Não informado	15	3,86%	3	4,41%	0	0,00%	18	3,92%
Teste não treponêmico no parto/curetagem								
Reagente	349	89,72%	67	98,53%	2	100%	418	91,07%
Não reagente	10	2,57%	0	0,00%	0	0	10	2,18%
Não realizado	18	4,63%	1	1,47%	0	0	19	4,14%
Não informado	12	3,08%	0	0,00%	0	0	12	2,61%
Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem								
Reagente	275	70,69%	59	86,76%	2	100%	336	73,20%
Não reagente	14	3,60%	1	1,47%	0	0,00%	15	3,27%
Não realizado	80	20,57%	6	8,82%	0	0,00%	86	18,74%
Não informado	20	5,14%	2	2,94%	0	0,00%	22	4,79%

Fonte: elaboração da autora.

Chama-se a atenção para o baixo percentual de realização de pré-natal entre as migrantes venezuelanas (Gráfico 2), o que evidencia as dificuldades do sistema de saúde brasileiro em captar mulheres migrantes no ciclo gravídico para realização do processo de

acompanhamento da gestação, fundamental para o diagnóstico e início do tratamento de enfermidades como a sífilis.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos casos notificados/investigados de sífilis congênita, conforme informações sobre a realização do pré-natal e nacionalidade da genitora, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)



Fonte: elaboração da autora.

Castillo e Andrade (2021) realizaram no Equador um estudo que buscou identificar se existe diferença na morbidade entre crianças nascidas de mães migrantes e mães locais. Assim como o Brasil o Equador também recebeu, nos últimos anos, um grande contingente migratório venezuelano. O estudo dos pesquisadores equatorianos obteve resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa: o de que mães venezuelanas apresentavam menor número de controles pré-natais quando comparadas às mulheres locais, a pesquisa também demonstrou que dentre as mulheres migrantes que haviam realizado o pré-natal, 71,90% o fizeram junto aos serviços de saúde do Equador e 18,10% no seu país de origem.

De acordo com Bezerra et al. (2019), existe uma correlação entre a falta de pré-natal e as taxas de natimortos em decorrência de SC, o que torna o cenário encontrado na pesquisa ainda mais preocupante. Embora nos últimos anos o Brasil tenha avançado na ampliação do acesso ao pré-natal em todo território nacional, ainda são encontradas desigualdades regionais, principal no Norte. Persistem nessa região barreiras que dificultam o acesso oportuno de gestantes ao pré-natal, principalmente entre os grupos mais vulneráveis, como indígenas, pretas e mulheres com baixo grau de instrução (GUIMARÃES et al., 2018; MACÊDO et al., 2020). Como visto, em Roraima, somam-se a esses grupos as mulheres migrantes.

A falta de realização de acompanhamento da gestação, seja entre mulheres locais ou migrantes, evidencia a fragilidade da assistência primária à saúde materno-infantil e a necessidade de melhoria das ações de gestão relacionadas ao aprimoramento do acesso ao pré-natal.

Quanto ao momento do diagnóstico materno (ver tabela 3), 66,45% foram diagnosticadas com sífilis ainda durante o acompanhamento pré-natal, 24,18% tiveram o diagnóstico desta IST na ocasião do parto/curetagem e 3,92% após o parto. Entre mulheres brasileiras, 68,38% foram diagnosticadas oportunamente no pré-natal e 22,11% no momento do parto/curetagem. Esse percentual é diferente entre as venezuelanas, uma vez que 55,88% receberam o diagnóstico no pré-natal e um percentual maior, se comparado ao das mulheres brasileiras, foram diagnosticadas apenas no parto/curetagem (35,29%).

Mesmo com a reconhecida ampliação do acesso ao pré-natal em território nacional (VEILLAS et al., 2014), o estudo aponta um número considerável de gestantes que foram diagnosticadas com sífilis apenas no parto/curetagem (n=111) ou após o parto (n=18). Esse resultado se assemelha ao encontrado no estudo de Ferro et al. (2020), realizado em uma maternidade filantrópica do Espírito Santo, segundo o qual 21,1% das puérperas analisadas foram diagnosticadas com sífilis apenas momento do parto/curetagem.

O Ministério da Saúde (2019) preconiza a realização de testagem rápida para sífilis pelo menos três vezes ao longo da gestação. Uma delas, especificamente, seria no momento da admissão da gestante na maternidade, hospital ou casa de parto. Embora o diagnóstico na ocasião do parto/curetagem seja importante para viabilizar o tratamento da mãe e seu parceiro sexual, nesse momento já teria havido a perda da oportunidade de adoção de medidas capazes de evitar a transmissão vertical (TV) da sífilis, em todo caso, o diagnóstico continuaria sendo de fundamental importância para possibilitar o tratamento do recém-nascido, a fim de evitar consequências mais gravosas da SC, como a neurosífilis (CARDOSO et al., 2018).

Referindo-se aos dados laboratoriais maternos na ocasião do parto/curetagem, ou seja, realização da sorologia não treponêmica (VDRL) na Maternidade, tem-se que 91,07% das mulheres tiveram teste não treponêmico reagente, seguido por 4,14% de mulheres que não realizaram o teste, 2,61% que não tinham essa informação disponível na ficha e 2,18% que tiveram o exame não reagente.

Quanto ao teste confirmatório treponêmico, 73,20% das mães tiveram resultado reagente, 18,74% não realizaram o exame, 4,79% não constavam informação e 3,72% tiveram o teste com resultado não reagente (Tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição dos casos de notificação/investigação de sífilis congênita, de acordo com o esquema de tratamento materno, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

Esquema de tratamento materno	Nacionalidade da genitora						Total	
	Brasileira		Venezuelana		Guianense		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Adequado	139	35,73%	22	32,35%	1	50,00%	162	35,29%
Inadequado	71	18,25%	12	17,65%	0	0,00%	83	18,08%
Não realizado	36	9,25%	10	14,71%	0	0,00%	46	10,02%
Ignorado	4	1,03%	1	1,47%	0	0,00%	5	1,09%
Não informado ou informação ausente por tratar-se de ficha de notificação não padronizada*	139	35,73%	23	33,82%	1	50,00%	163	35,51%
							459	100,00%

Fonte: elaboração da autora

* Os casos em que houve notificação em modelo de ficha não padronizada totalizaram 87 situações, sendo 75 de mulheres brasileiras, 11 venezuelanas e 01 guianense.

No que concerne ao tratamento da gestante, é possível observar, a partir da tabela 04, que 35,29% das mulheres tiveram tratamento adequado, 18,08% o tratamento inadequado, 10,02% não realizaram qualquer tratamento, e em 1,09% a informação referente ao tratamento materno foi ignorada. Cabe destacar que em 35,51% (n=163) das notificações a informação sobre o tratamento não foi preenchida ou restou ausente por tratar-se de ficha de notificação diferente da padronizada pelo Ministério da Saúde.

Os dados apresentados na tabela 4 correspondem à descrição precisa do que foi identificado nas fichas de notificação. Contudo, a partir de análises feita pela autora e levando em consideração que o tratamento adequado da gestante requer, dentre outras coisas, o seu início em até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2019b), foi possível constatar, no universo total, o seguinte: 97 (21,13%) tratamentos foram adequados e não 162 como descrito na tabela; 127 (27,66%) eram inadequados (o início do tratamento correspondia à data do parto ou data próxima (<30 dias), portanto não concluído em até 30 dias antes do nascimento da criança); e em 189 (41,17%) fichas não foi possível fazer a análise por falta de informações, tais como a data de início do tratamento ou estágio clínico da doença na mãe – dado fundamental quando se tem a notificação preenchida no modelo de ficha não padronizada, pois nesta o tratamento materno é estratificado de acordo com as doses de penicilina benzatina administrada, que são diferentes para cada estágio clínico da doença⁴.

⁴ Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução), sífilis primária, secundária e latente recente: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo); Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução), sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G benzatina 2,4

O trabalho realizado por Lins (2014), no HMINSN, identificou que 53% das mulheres que utilizaram a penicilina benzatina para o tratamento da sífilis, não finalizaram o protocolo terapêutico no tempo hábil preconizado pelo MS, o que corrobora os achados no presente estudo.

De acordo Costa et al. (2021), o tratamento inadequado da gestante infectada influencia na alta transmissão vertical da doença, porém o diagnóstico precoce aliado ao tratamento correto da mãe revela-se altamente efetivo na interrupção dessa cadeia de transmissão, podendo reduzir as chances de infecção da criança em até 97%.

O tratamento adequado da sífilis gestacional demanda menos recursos ao sistema de saúde que os necessários para o diagnóstico e tratamento da sífilis congênita. Esta última, além de maiores despesas de custo laboratorial, está relacionada ao maior tempo de internação da criança e a sua submissão a procedimentos invasivos, que outrora seriam dispensáveis, acarretando prejuízos individuais e familiares que poderiam ser evitados (MAGALHÃES et al., 2013).

7.2 VARIÁVEIS DAS CRIANÇAS

De acordo com os dados coletados nas fichas de notificação/investigação de SC, no HMINSN, no período de dois biênios (2017/2018 e 2020/2021), observa-se que 89,98% das crianças foram notificadas com até 28 dias de vida, sendo 76,91% com menos de 7 dias e 13,07% com idade entre 7 a 27 dias; em 10,02% dos casos, não havia informação sobre a idade ou data de nascimento da criança.

Esses percentuais são similares aos encontrados no banco de dados nacional no ano de 2021: 96,2 % das crianças diagnosticadas com sífilis congênita tinham menos de 7 dias de vida (BRASIL, 2022). Tal fato evidencia o papel das maternidades como fontes diretas de informações sobre a ocorrência de SC, pois é nesse ambiente que as crianças recebem os primeiros atendimentos neonatais (de 0 a 28 dias), que devem ser otimizados com a avaliação dos antecedentes epidemiológicos maternos, podendo ser constatada a ocorrência de sífilis congênita principalmente nesse contexto (BRASIL, 2017a).

A análise das variáveis relativas aos dados e informações sobre a assistência à saúde

milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM e para neurosífilis: Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

da criança foram limitadas devido ao fato de que determinadas cópias de fichas de notificação/investigação de SC estavam incompletas. Esse fato ocorreu em 19 situações e, em todas elas, não foi possível identificar as características das crianças. Em razão disso, essas situações foram agrupadas no item “não informado ou indisponível devido à ausência de cópia do verso da ficha”, conforme será demonstrado nas tabelas a seguir.

Quanto às características laboratoriais, a partir da tabela 5 é possível observar que 77,12% das crianças obtiveram resultado reagente para o teste não treponêmico no sangue periférico, 4,79% tiveram resultado não reagente e 10,89% não realizaram o exame.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019b), toda criança cuja mãe foi diagnosticada em qualquer fase da gestação com sífilis deve realizar a testagem não treponêmica no sangue periférico. A realização da testagem simultânea mãe-bebê no ambiente hospitalar é essencial para direcionar o significado dos achados sorológicos da criança (criança com baixo risco de sífilis congênita ou criança infectada) (BRASIL, 2019b).

Nota-se no HMINSN, no período compreendido pelo estudo, um alto percentual de crianças que realizaram a testagem não treponêmica, totalizando 81,91% dos casos (entre resultados reagentes e não reagentes), evidenciado que o hospital vem seguindo as recomendações oficiais. Todavia, ainda foram observadas situações em que não houve preenchimento dessa informação, o que dificulta o diagnóstico da criança e, conseqüentemente, o manejo adequado.

Tabela 5 – Distribuição dos dados laboratoriais dos recém-nascidos notificados/investigados com sífilis congênita, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

Variáveis	Nacionalidade da genitora							
	Brasileira		Venezuelana		Guianense		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste não treponêmico - sangue periférico								
Reagente	298	76,61%	54	79,41%	2	100%	354	77,12%
Não reagente	21	5,40%	1	1,47%	0	0,00%	22	4,79%
Não realizado	40	10,28%	10	14,71%	0	0,00%	50	10,89%
Não se aplica	2	0,51%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,44%
Ignorado	1	0,26%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,22%
Não informado ou indisponível por ausência da cópia do verso da ficha	27	6,94%	3	4,41%	0	0,00%	30	6,54%
Evidência do Treponema Pallidum								

Sim	5	1,29%	0	0,00%	0	0,00%	5	1,09%
Não	37	9,51%	6	8,82%	1	50%	44	9,59%
Não realizado	128	32,90%	29	42,65%	1	50%	158	34,42%
Ignorado	14	3,60%	1	1,47%	0	0,00%	15	3,27%
Não informado ou indisponível por ausência da cópia do verso da ficha	205	52,70%	32	47,06%	0	0,00%	237	51,63%
Alteração Liquórica								
Sim	3	0,77%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,65%
Não	50	12,85%	17	25,00%	1	50%	68	14,81%
Não realizado	178	45,76%	26	38,24%	1	50%	205	44,66%
Ignorado	40	10,28%	6	8,82%	0	0,00%	46	10,02%
Não se aplica	3	0,77%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,65%
Não informado ou indisponível por ausência da cópia do verso da ficha	115	29,56%	19	27,94%	0	0,00%	134	29,19%
Alteração do Exame dos ossos longos								
Sim	23	5,91%	1	1,47%	0	0,00%	24	5,23%
Não	195	50,13%	31	45,59%	1	50%	227	49,46%
Não realizado	68	17,48%	18	26,47%	0	0,00%	86	18,74%
Ignorado	4	1,03%	0	0,00%	0	0,00%	4	0,87%
Não se aplica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Não informado ou indisponível por ausência da cópia do verso da ficha	99	25,45%	18	26,47%	1	50%	118	25,71%

Fonte: elaboração da autora.

Com relação aos demais exames de cunho laboratorial, nota-se que, seja na pesquisa para evidência de *Treponema pallidum*, na alteração liquórica ou na alteração do exame dos ossos longos, houve percentual acima de 25% ($n > 114,75$) de fichas em que esses dados não foram preenchidos ou estavam indisponíveis por se tratar de cópias de fichas incompletas. Em muitos casos, o exame não foi realizado: em 34,42%, para evidência do *Treponema pallidum*, em 44,66%, para a alteração liquórica, e em 18,74%, para a alteração dos ossos longos (Tabela 5).

Conforme Noronha et al. (2022), a análise conjunta dos resultados das análises laboratoriais complementares possibilitarão aos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado materno-infantil e a gestão municipais/estaduais executar o gerenciamento apropriado dos casos suspeitos de SC, realizando o manejo correto das crianças expostas à sífilis (em razão infecção materna e o diagnóstico/tratamento adequado no período pré-natal), mas que não chegaram a desenvolver a enfermidade, permitindo melhor aplicação dos recursos humanos e financeiros do SUS.

Tabela 6 – Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com o diagnóstico clínico da criança, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

Diagnóstico clínico da criança	Nacionalidade da genitora						Total	
	Brasileira		Venezuelana		Guianense		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Assintomático	264	67,87%	43	63,24%	2	100%	309	67,32%
Sintomático	22	5,66%	6	8,82%	0	0,00%	28	6,10%
Não se aplica	27	6,94%	7	10,29%	0	0,00%	34	7,41%
Ignorado	7	1,80%	0	0,00%	0	0,00%	7	1,53%
Não informado ou indisponível por ausência da cópia do verso da ficha	69	17,74%	12	17,65%	0	0,00%	81	17,65%

Fonte: elaboração da autora.

Relativo ao diagnóstico clínico da criança, verifica-se que 67,32% dos recém-nascidos foram assintomáticos, 6,10% sintomáticos, em 7,41% o diagnóstico não se aplicava, 1,53% tiveram essa informação ignorada e em 17,65% não havia informação disponível ou se tratava de ausência de cópia completa da ficha. Quando comparado os grupos maternos, observa-se que o percentual da presença de sintomas entre filhos de mulheres venezuelanas foi relativamente maior que o encontrado em filhos de mulheres brasileiras, para esse o percentual foi de 5,66% e para aquele foi de 8,82% (tabela 6).

De acordo com o Ministério da saúde (2022), cerca de 60% a 90% das crianças nascidas vivas com sífilis congênita não apresentam sintomas ao nascimento, a presença de sinais e sintomas logo nos primeiros dias de vida são observadas em casos mais graves de SC. Por isso a importância de levar em consideração no momento do diagnósticos diversos fatores, não apenas as características clínicas.

Tabela 7 – Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo o esquema de tratamento da criança, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

Esquema de tratamento da criança	n	%
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias	173	37,69%
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias	7	1,53%
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias	9	1,96%
Outro esquema	154	33,55%
Não realizado	35	7,63%
Não se aplica	5	1,09%
Ignorado, não informado ou ausência da cópia do verso da ficha	76	16,56%
Total	459	100,00%

Especificação do outro esquema de tratamento, quando selecionado		
Penicilina G cristalina endovenosa	122	79,22%
Penicilina G benzatina intramuscular	18	11,69%
Ceftriaxona endovenosa	14	9,09%
Total	154	100,00%

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto ao esquema de tratamento da criança, a maior proporção de casos (37,69%) foi o da prescrição de Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, por 10 dias, seguida de casos que apresentavam o tratamento como “outro esquema” (33,55%), e, posteriormente, outros casos em que não houve preenchimento da informação sobre a opção terapêutica adotada, o dado foi ignorado ou a ficha estava incompleta (16,56%).

A respeito do tratamento realizado com outros esquemas, a pesquisa também se ocupou em identificar quais foram os fármacos utilizados. Nota-se que, em 79,22% dos casos em que houve preenchimento do campo “outro esquema”, o medicamento prescrito continuava a ser Penicilina G Cristalina por via endovenosa, seguido pelo uso de Penicilina G benzatina intramuscular (11,69%) e Ceftriaxona endovenosa (9,09%) (Tabela 7).

O uso da Ceftriaxona como escolha de tratamento para as crianças notificadas/investigadas com sífilis congênita, no HMINSN, no período em estudo, ocorreu exclusivamente no ano 2017. Essa particularidade pode ter recebido influência do desabastecimento mundial de penicilina, ocorrido entre 2013 e 2017 no Brasil. Nesse período, o país vivenciou a falta das penicilinas benzatina, cristalina e procaína, e ainda que o Ministério da Saúde tenha destinado os poucos estoques disponíveis no SUS ao tratamento prioritário de gestantes e crianças com sífilis, foi registrado a falta desses antibióticos em diversos hospitais do país (ARAÚJO; SOUZA; BRAGA, 2020).

Embora até o momento não exista evidências científicas suficientes demonstrando a eficácia da Ceftriaxona no tratamento da sífilis congênita (BRASIL, 2019b), esse antibiótico pode ser aplicado como alternativa no manejo terapêutico de recém-nascidos com a infecção, exclusivamente em situações de indisponibilidade da penicilina. Porém, a criança deverá ser acompanhada em intervalo de tempo menor para avaliação quanto à necessidade de retratamento em caso de falha terapêutica, conforme proposto pelo Ministério da Saúde, em 2015, com vistas a fortalecer o enfrentamento da crise de desabastecimento (BRASIL, 2015).

Chama-se atenção ainda ao fato de o esquema terapêutico das crianças ter ocorrido majoritariamente com a Penicilina G cristalina, por via endovenosa, sendo esse o tratamento ideal recomendado pelo Ministério da Saúde para terapia da sífilis congênita no período

neonatal e para os casos de neurosífilis (0 a 28 dias). Em todo caso, esse tratamento requer a internação hospitalar da criança, isto é, nos casos que os recém-nascidos necessariamente terão que prolongar sua estadia no ambiente hospitalar.

Tabela 8 – Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo a evolução do caso da criança, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

Evolução do caso	Nacionalidade da genitora						Total	
	Brasileira		Venezuelana		Guianense		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Vivo	214	55,01%	40	58,82%	1	50%	255	55,56%
Óbito por sífilis congênita	0	0,00%	1	1,47%	0	0,00%	1	0,22%
Óbito por outras causas	0	0,00%	1	1,47%	0	0,00%	1	0,22%
Aborto	22	5,66%	6	8,82%	0	0,00%	28	6,10%
Natimorto	9	2,31%	2	2,94%	0	0,00%	11	2,40%
Anotação de óbito em campo não específico*	6	1,54%	0	0,00%	0	0,00%	6	1,31%
Ignorado	19	4,88%	0	0,00%	0	0,00%	19	4,14%
Não informado ou indisponível por ausência da cópia do verso da ficha	119	30,59%	18	26,47%	1	50%	138	30,07%

Fonte: elaborado pela autora.

No período em estudo, a evolução dos casos que tiveram como desfecho o recém-nascido vivo foi constatada em 55,56% das fichas. Os casos em que não houve informação ou se tratava de cópias incompletas corresponderam a 30,07% das fichas; os casos que resultaram em aborto, 6,10%; natimortos, 2,40%; e os que tiveram a evolução do caso categorizada como ignorada, 4,14% (Tabela 8). Destaca-se que em seis (1,31%) fichas de notificação/investigação, a observação quanto à evolução do caso foi relatada como óbito, porém em campo não específico para tal fim, a saber, na parte superior da primeira página da ficha, com a informação aparentemente em posição de destaque.

Tabela 09 – Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, por tipo de desfecho desfavorável, por ano de notificação, no HMINSN (2017/2018 e 2020/2021)

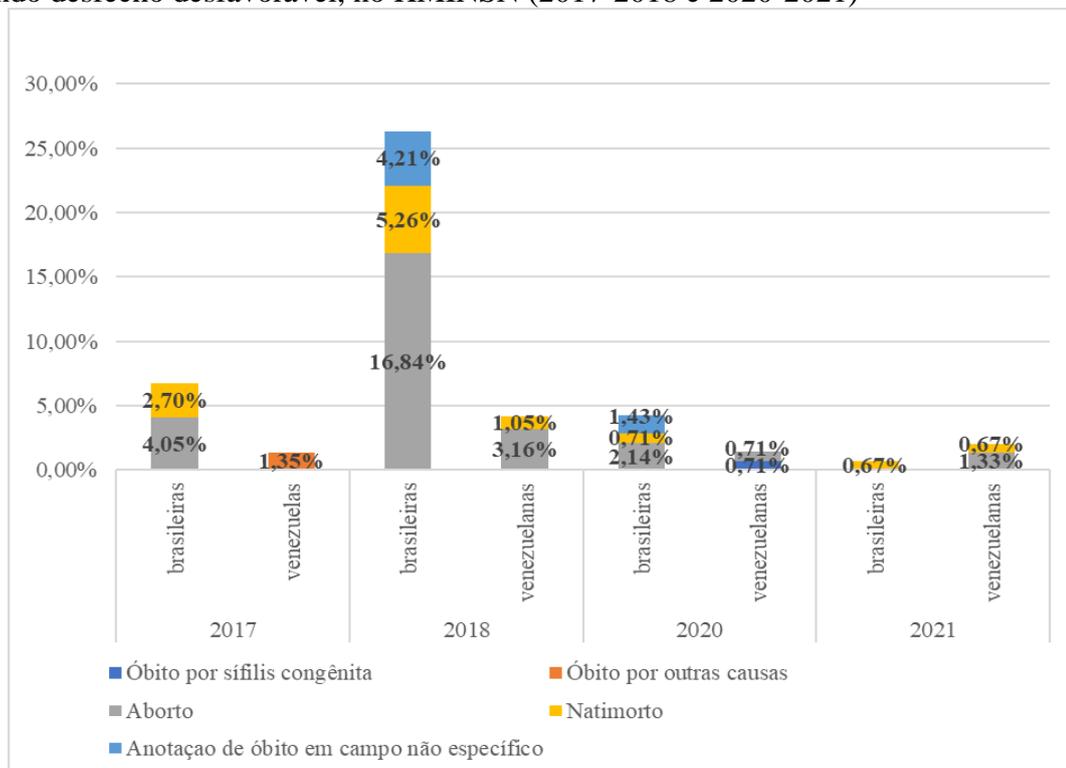
Tipo de desfecho desfavorável	Ano							
	2017		2018		2020		2021	
	bras.	ven.	bras.	ven.	bras.	ven.	bras.	ven.
Óbito por sífilis congênita	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,71%	0,00%	0,00%
Óbito por outras causas	0,00%	1,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Aborto	4,05%	0,00%	16,84%	3,16%	2,14%	0,71%	0,00%	1,33%

Natimorto	2,70%	0,00%	5,26%	1,05%	0,71%	0,00%	0,67%	0,67%
Anotação de óbito em campo inespecífico	0,00%	0,00%	4,21%	0,00%	1,43%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	8,11%		30,52%		5,70%		2,67%	

Fonte: elaborado pela autora.

No que se refere especificamente aos casos que evoluíram para desfecho desfavorável, ao longo dos dois biênios em estudo, observa-se que o ano com a maior proporção desse tipo de desfecho foi 2018, com 30,52% (n=29) de todas os casos de notificação/investigação de SC (Tabela 9) registrados naquele ano. Dentre eles, 16,84% (n=16) tratava-se de aborto, 5,26% (n=05) de natimortos e 4,21% (n=4) com anotação de óbito em campo não específico de mulheres brasileiras. Apenas 3,16% (n=03) e 1,05% (n=01) dos casos de aborto e natimorto, respectivamente, foram relativos a genitoras venezuelanas (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição percentual das notificações/investigações de sífilis congênita, segundo desfecho desfavorável, no HMINSN (2017-2018 e 2020-2021)



Fonte: elaboração da autora.

É certo que o ano 2018, período de maior ocorrência de óbitos, abortos, natimortos relacionados à sífilis congênita no HMINSN, coincidiu com o momento do intenso fluxo de migrantes venezuelanos ao estado de Roraima. No entanto, não se pode atribuir a ocorrência desses desfechos à chegada da população migrante, tendo em vista que, das 95 notificações

realizados naquele ano, apenas 08 eram de crianças cuja mãe é venezuelana.

Por sua vez, a expressiva quantidade de desfechos desfavoráveis identificados nas fichas de notificação/investigação de SC na Maternidade, em 2018, provavelmente pode ter recebido influência da crise mundial no abastecimento da penicilina. Essa hipótese é suscitada a partir dos dados relativos ao tratamento das gestantes disponíveis nas fichas analisadas. De acordo com estas, dos 25 casos que evoluíram para um resultado adverso entre mães brasileiras, apenas cinco mulheres tinham realizado tratamento adequado. As demais realizaram tratamento de forma inadequada (n=16) ou até mesmo não tinham realizado a terapia farmacológica (n=03). Entre as migrantes venezuelanas, dos quatro casos de SC, o tratamento de todas as genitoras foi caracterizado como inadequado.

Um estudo recente realizado por Araújo et al. (2020), que buscou analisar o desabastecimento de penicilina benzatina no município do Rio de Janeiro entre 2013 e 2017, apontou que a falta desse antibiótico impactou nas ações de controle da sífilis congênita, e destacou que gestantes inadequadamente tratadas ou que não realizaram tratamento podem transmitir a infecção aos seus conceitos, o que poderia evoluir para morte fetal ou neonatal, além de outras complicações.

Nesse mesmo sentido, o trabalho de Soares e Aquino (2021) afirma que a falta de penicilina e consequente perda da oportunidade de realização do tratamento na assistência primária à saúde foi um fator determinante para o aumento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil, portanto não se pode atribuir esse acontecimento à chegada da população migrante.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa levantou e organizou informações que poderão subsidiar os debates no âmbito da gestão em saúde pública e em vigilância epidemiológica sobre os efeitos da migração venezuelana em Roraima, a partir dos dados quantitativos obtidos sobre casos de sífilis congênita entre pacientes (mães e crianças) atendidas nos biênios de 2017/2018 e 2020/2021 no HMINSN.

É possível atestar, a partir da avaliação de dados relativos às realizações de partos de mulheres venezuelanas, no HMINSN, que houve, sim, um aumento significativo nas demandas por serviços públicos materno-infantis de Roraima, causado pela intensa migração que se verificou a partir de 2016.

Entretanto, quanto à hipótese que a pesquisa se propôs a enfrentar, é possível afirmar que a migração venezuelana não pode ser considerada o fator determinante para o aumento de casos de sífilis congênita em Roraima no biênio 2020/2021, pois, nesse período, houve um decréscimo significativo do fluxo migratório no estado, em razão do fechamento da fronteira e da aceleração do processo de interiorização de migrantes. Embora seja o período com o maior registro de notificações de SC entre mães venezuelanas, na Maternidade, o percentual é consideravelmente menor que o registrado entre mulheres brasileiras.

No biênio 2017/2018, que pode ser considerado o ápice da migração venezuelana em Roraima, com a maior taxa positiva do saldo migratório (cerca de 85 mil migrantes vivendo no estado), os casos de sífilis ocorreram em número menor do que quando o fluxo migratório decresceu. Cabe recordar que esse período coincide com o registro em boletim epidemiológico nacional do aumento significativo da incidência de SC em Roraima, o que, a partir dos dados empíricos levantados por este trabalho, revelaram não ter relação com a chegada dos migrantes.

Os fatores etiológicos determinantes para explicar o aumento de casos de sífilis congênita em Roraima, nos últimos anos, devem ser encontrados, portanto, em outras causas que não o fenômeno migratório.

A propósito, até mesmo os casos de sífilis congênita entre parturientes de nacionalidade venezuelana, devidamente notificados, não podem ser associados à migração transfronteiriça, pois é possível que a doença tenha sido contraída já em território brasileiro.

Nesses termos, este trabalho buscou contribuir para o melhor conhecimento acerca do cenário da sífilis congênita no estado de Roraima.

A análise realizada na maior maternidade pública do estado pode ser expandida para

toda a unidade federativa, vez que grande parte dos nascimentos das crianças em Roraima ocorrem nesse hospital.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de; CARVALHO, Eduardo M. Freese de; LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, p. 7-14, jan. – abril, 2002.

ARAÚJO. Eliete da Cunha et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, vol. 20, n. 1, p. 47-51, mar. 2006.

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim; TORRES, Milena Ellen Mineiro. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, p. 1-16, 2020.

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim; DE SOUZA, Iara Leão. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, vol. 29, n. 2, p. 1-11, 2020.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 81, n. 2, pp. 111-126, 2006.

BAHAMONDES, L. et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. **BMC Public Health**. Vol. 20, p. 1-8, 2020.

BENEDETTI, Mari Soledade Garcia (Org.). Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2020**. Boa Vista, 2021. 413 p.

BEZERRA, Maria Luiza de Moraes Belo et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**. 2019.

BRASIL. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**. Brasília, mar. 2022. Disponível em: < <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>> . Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa Nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS**. Orienta a respeito da priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento da sífilis. Brasília, 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 2. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 222 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para redução da sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Ano V, n.01. 2019a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Ano V, n.01. 2021. 57 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília, 2017. 31p. disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Revista-Apice-ON.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Ano VI, n.01. 2020a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 248 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para redução da sífilis no Brasil 2020-2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. 12 p.

BUSS, Paulo Marchiori.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CACERES, Karen; MATÍNEZ, Rocio. Situación epidemiológica de sífilis. Chile, 2016. **Revista chilena de infectología**, Santiago, v. 35, n. 3, p. 284-296, 2018.

CASTILLO, Jorge Ponce; ANDRADE, Fabricio González. Neonatal complications of newborns children born of immigrant mothers in comparison with local mothers: A view of a growing immigration to Ecuador. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.

CAVALCANTI, Leonardo, OLIVEIRA, Wagner. “Os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos”. **PÉRIPLoS, Revista de Pesquisa sobre Migrações**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 11-35, 2020.

COOPER, Joshua M. et al. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 34., p. 251-253, set. 2016.

COSTA, Luana Jeniffer Souza Duarte da et al. Incidência e mortalidade da sífilis congênita: Um estudo de série temporal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021.

COSTA, Camila Chaves et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013.

COSTA, Carolina Vaz et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 46, n. 3, p.194-202, 2017.

DANTAS, Jane Francinete et al. Disordered migration processes and global health: impacts of the displacement of Venezuelans in the midst of the syphilis epidemic in Brazil. **DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, 2021.

DIAS, Thaís Araújo. Dignidade da pessoa humana e a exequibilidade do direito à saúde dos imigrantes: análise hermenêutica do Decreto 25.681 de 1º de agosto de 2018 do Governo de Roraima. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, v. 5, n. 2, jul./dez. 2019, p. 84-104.

DOOCY, Shannon et al. Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. **Journal on Migration and Human Security**. Vol. 7, p. 79-91, 2019.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, fev. 2021.

FÉLIX, Jackson. Governo de Roraima assina decreto que torna mais rígido acesso de estrangeiros a serviços públicos. **G1 Roraima**, Boa Vista, 08 ago. 2018.

FERREIRA, Marina Vilela Chagas; PAES, Vítor Ribeiro; LICHTENSTEIN, Arnaldo. Penicilina: oitenta anos. **Revista de medicina (São Paulo)**. out.-dez. 2008.

FERRO, Renata Pereira et al. Caracterização dos casos de sífilis congênita com ênfase no esquema terapêutico em um maternidade filantrópica no ES. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 283-290, ago. 2020.

FGV DAPP. **A economia de Roraima e o fluxo venezuelana: evidências e subsídios para políticas públicas**. Fundação Getúlio Vargas, Diretoria de Análise de Políticas Públicas. Rio de Janeiro, 2020. 146 p.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36. p. 1-12, 2020.

FREITAS, Francisca Lidiane Sampaio et al. Protocolo Brasileiro para Infecções sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 30, Brasília, 2021.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, supl. 2, p. 251-266, 2007.

GRUMACH, Anete S.; FERRARONI, Natasha R. O papel da penicilina na medicina moderna. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, p. 7-13, out. 2006.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2018.

HERINGER, Andressa Lohan dos Santos et al. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Vol. 44, p. 1-8, 2020.

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARETH (HMINSN). Serviço de Arquivo Médico (SAME). **Comparativo de partos (janeiro a dezembro 2016 no mesmo período de 2020)**. Boa Vista, 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Imigração Venezuela-Roraima: Evolução, impactos e perspectivas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Regional, 2021.

KATZUNG, Bertram G.; MASTERS, Susan B.; TREVOR, Anthony J. (Orgs.). **Farmacologia básica e clínica**. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 1228 p.

KORENROMP, Eliane L. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes – Estimates for 2016 and progress since 2012. **Plos One**. Fev. 2019.

KOTTOW, Miguel. História da ética em pesquisa com seres humanos. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, Dez. 2008.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, 2016.

LAPA, Rosilandy Carina Cândido; MENDES, Victor Augusto; DO NASCIMENTO, Luiz Sales. ACESSO À SAÚDE PELOS MIGRANTES FORÇADOS VENEZUELANOS NO BRASIL: Análise internacional jurídico-política do caso de Roraima. **Unisanta Law and Social Science**, vol. 7, n. 3, p. 417-422, 2018.

LIMA, Erika Thaysa Sales de. **Procedimento Operacional Padrão da Unidade de Vigilância Epidemiológica do hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth**. Boa Vista: HMINSN, 2020.

LINS, Cynthia Dantas de Macedo. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Roraima, 2014.

LOPES, Minervaldo. **Mais de 70 mil venezuelanos entraram em Roraima em 2017**. Folha BV, Cidades, 2018. Disponível em: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Mais-de-70-mil-venezuelanos-entraram-em-Roraima-em-2017/35775>. Acesso em: 05 abr. 2022

MACÊDO, Vilma Costa de et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2013.

MARIO, Débora Nunes et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & saúde coletiva**, vol. 24, n. 3, 2019.

MIOT, Helio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro** [online]. 2011, v. 10, n. 4. pp. 275-278.

MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C.; SILVEIRA, Cássio. (Org.). **Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades**. (Coleção Medicina, Saúde e História. Volume 5). São Paulo: FMUSP, 2014.

MOTTA, Isabella Almeida et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?.

Revista de Medicina de Minas Gerais, vol. 28, 2018, p. 45-52.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015.

NORANHA, André Gustavo Gadelha Mavignier de et al. (org.). **Inconsistências nas notificações de sífilis congênita uma análise baseada no sinan, confirmada por achados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos**. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS UFRN, 2022. 42 p.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR - NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR. **Nota Técnica nº 01 de 01 de março de 2010**. Apresenta a rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. Boa Vista, 2019, 5 p.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro. A Migração Venezuelana no Brasil: crise humanitária, desinformação e os aspectos normativos. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, vol.13, n. 1, 2019.

RORAIMA. Decreto nº 22.199-e, de 6 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN nos municípios de Pacaraima e Boa Vista em decorrência dos impactos ocasionados pelo intenso e constante fluxo migratório no Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Roraima**, 6 dez. 2016.

RORAIMA. **Conselho Estadual de Saúde de Roraima aprova a Programação do Plano de Ação para Aplicação do Recurso da Rede Cegonha 2018**. Resolução CES/RR nº 184, de 17 de outubro de 2018, Boa Vista, 17 out. 2018.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde 2016 – 2019**. Boa Vista: SESAU/RR, 2016. 212 p. Disponível em: < https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RR_PLANO_DE_SA%C3%A9DE_2016_2019_FINAL.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2022.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de ação para aplicação de recurso da rede cegonha 2021-2022 (reprogramação 2020/programação 2021)**. Boa Vista: SESAU/RR, 2021. 70 p.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 490-496, mar. 2012.

SILVA, Regina Alexandre et al. Breve histórico da sífilis e evolução do diagnóstico laboratorial no período de 2005 a 2016. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, 2020.

SOARES, Maria Auxiliadora Santos; AQUINO, Rosana. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7. 2021.

UEBEL, Roberto Rodolfo Georg; MÁRQUEZ, Lara Sosa; FRÖHLICH, Matheus. Governança Migratória E Pandemia Da Covid-19: A Resposta Brasileira À Crise Migratória De Venezuelanos Pela Operação Acolhida. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, Grande Dourados, v. 10, n. 20, p. 109-140, jul./dez. 2021.

VENTURA, Miriam. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 34, n. 4, 2018.

VÉRAN, Jean-François; NOAL, Débora da Silva; FAINSTAT, Tyler. Nem Refugiados, me Migrantes: A chegada dos Haitianos à cidade de Tabatinga (Amazonas). **Revista de Ciências da Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 57, n. 4, p. 1007-1041, 2014.

WANDERLEY, KARINA BRASIL. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR MATERNA E INFANTIL INDÍGENA: A INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR**. 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Roraima, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences**. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on ethical issues in public health surveillance**. Geneva, 2017. 56 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (SÍFILIS CONGÊNITA - HMINSN)

ANO DA NOTIFICAÇÃO: _____

1. NOME: _____

2. NACIONALIDADE DA MÃE:

Brasileira Venezuelana outra: _____

3. Idade da mãe:

10 a 14 anos 15 a 19 anos 20 a 39 anos 40 ou mais ignorado

4. Raça/cor da mãe:

Branca Preta Amarela Parda indígena ignorado

5. Escolaridade da mãe:

- Analfabeto
 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
 Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
 Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
 Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
 Educação superior incompleta
 Educação superior completa
 Ignorado
 Não se aplica

6. Realização de pré-natal nesta gestação:

Sim Não ignorado

7. Momento do diagnóstico da materno:

Durante o pré-natal No momento do parto/curetagem
 Após o parto Não realizado Ignorado

8. Teste não treponêmico no parto/curetagem:

Reagente Não reagente Não realizado Ignorado

Título: 1: _____ Data: _____

9. Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem:

Reagente Não reagente Não realizado Ignorado

10. Esquema de tratamento materno: Início do tratamento: _____

Adequado Inadequado Não realizado Ignorado

11. Parceiro tratado concomitantemente a gestantes

Sim Não Ignorado

Município de residência: _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO, ABORTO OU NATIMORTO

DATA DE NASCIMENTO:

12. Teste não treponêmico - Sangue Periférico:

Reagente Não reagente Não realizado Ignorado

Título: 1: _____ Data: _____

13. Teste não treponêmico – Líquor:

Reagente Não reagente Não realizado Ignorado

Título: 1: _____ Data: _____

14. Evidência de *treponema pallidum*

Sim Não Não realizado Ignorado

15. Alteração liquórica

Sim Não Não realizado Ignorado

16. Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos:

Sim Não Não realizado Ignorado

17. Diagnóstico Clínico:

Assintomático Sintomático Não se aplica ignorado

18. Presença de sinais e sintomas:

1.Sim 2.Não 3.Não se aplica 9.Ignorado

Icterícia Anemia Esplenomegalia Osteocondrite Rinite mucosanguinolenta
 Hepatomegalia Lesões Cutâneas Pseudoparalisia

Outra: _____

19. Esquema de tratamento:

Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias

Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias

Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia

Outro esquema _____

Não realizado Ignorado

20. Evolução do Caso:

Vivo Óbito por sífilis congênita Óbito por outras causas

Aborto Natimorto Ignorado

21. Idade da criança:

Menos de 7 dias 7 a 27 dias outra: _____

Anotações:

APÊNDICE B - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Natana Ferreira de Oliveira Xavier, mestranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021” comprometo-me com a utilização dos dados contidos nas Fichas de Notificação/investigação de sífilis congênita e no cadastro dos pacientes presentes no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico, do Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, localizado em Boa Vista – Roraima, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos casos de notificação/investigação de sífilis congênita realizados pelo Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, no período de 01/01/2017 a 31/12/2020.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP.

Boa Vista-RR, ____ de ____ de ____.

Pesquisador responsável

APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA**

NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

**MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL:
UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA
MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021**

**BOA VISTA – RR
2022**

Organização: Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Discente: Natana Ferreira de Oliveira Xavier

Docente Orientador: Prof. Dr. Alexander Sibajev

Dissertação Vinculada: **MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021**

Data da defesa: 08 de julho de 2022

Setor beneficiado com o projeto de pesquisa realizado no âmbito do programa de mestrado: Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazereth

Classificação: Produção com médio teor inovativo (combinação de conhecimentos pré-estabelecidos)

✓ **Conexão com a pesquisa**

Projeto de pesquisa: O produto é resultado de estudo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), vinculado à Universidade Federal de Roraima.

Linha de pesquisa vinculada à produção: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Descrição da finalidade: Este relatório é o produto final da dissertação apresentada à UFRR e tem como finalidade proporcionar a gestão em saúde materna-infantil do estado de Roraima, especificamente o maior hospital público de atendimento as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e recém-nascidos, Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, informações acerca da correlação entre o intenso fluxo de migrantes venezuelanos a Roraima e o aumento dos casos de sífilis congênita notificados pelo hospital ao longo de dois biênios (2017/2018 e 2020/2021).

Aplicabilidade – descrição da abrangência realizada:

Descrição da replicabilidade: o produto apresentado pode ser considerado de acessível replicação, uma vez que não há dificuldade operacional para sua reprodução. Além disso, as recomendações propostas no relatório poderão subsidiar ações dos mais diversos atores envolvidos no cuidado em saúde materno-infantil, principalmente no correspondente às estratégias de controle da sífilis congênita, bem como o aprimoramento do gerenciamento de informações relacionadas a esse agravo.

APRESENTAÇÃO

Este relatório foi produzido como resultado da dissertação de mestrado intitulada "MIGRAÇÃO VENEZUELANA E ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA, EM UMA MATERNIDADE DO ESTADO DE RORAIMA, NOS BIÊNIOS 2017/2018 E 2020/2021", realizada em 2022. A pesquisa teve como principal objetivo relacionar etiologicamente o aumento dos casos de sífilis congênita (SC), no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), com o agravamento da crise migratória venezuelana em Roraima, a partir de 2017.

O estudo justifica-se devido aos recentes dados sobre sífilis congênita no estado de Roraima. Segundo o Ministério da Saúde (2019), Roraima apresentou, entre os anos de 2017 e 2018, o mais expressivo aumento nas taxas de incidência de sífilis congênita entre todas as unidades federativas (132,0%). Esse período coincide com a chegada de um grande contingente migratório ao estado. Frente a esse cenário, percebeu-se a necessidade de aprofundamento nos estudos sobre a influência quantitativa do processo migratório sobre o aumento nos registros de sífilis congênita no HMINSN, o maior hospital materno-infantil público do estado.

À vista da existência de poucos estudos que analisam o fenômeno migratório em Roraima e suas consequências para o sistema de atenção à saúde materno-infantil, o presente trabalho se propôs a contribuir para o debate entre o aumento de casos de sífilis e o processo migratório. Dentre os poucos estudos já publicados, há alguns que encaminham conclusões precipitadas, que correlacionam o aumento de sífilis no estado de Roraima à chegada dos migrantes venezuelanos e podem, se mal interpretados, contribuir para agravar o quadro de xenofobia no estado.

Além do mais, é importante discutir a necessidade de busca por soluções, no âmbito da gestão em saúde pública local, para a iminente insustentabilidade das estratégias de combate à sífilis.

METODOLOGIA

O relatório consiste em descrição e análise dos resultados obtidos na pesquisa de mestrado supracitada. A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados coletados nas cópias das fichas de notificação/investigação de sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do período de 2017 a 2021, arquivadas no banco de dados da Unidade de

Vigilância Epidemiológica do HMINSN. As informações referentes às nacionalidades das genitoras das crianças notificadas/investigadas com SC, foram obtidas junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do hospital.

Quanto ao recorte temporal do trabalho, importa esclarecer que a pesquisadora tomou conhecimento de que o arquivo com as cópias das fichas de notificação referentes ao ano de 2019 fora afetado por um evento fortuito, tornando-as impossibilitada para a consulta.

Foi então ponderado que a ausência de registros de casos do ano de 2019 poderia ser contornada a partir do recorte temporal em dois biênios: os anos de 2017 e 2018, quando a migração venezuelana atinge o seu ápice em Roraima (com cerca de 85 mil migrantes estabelecidos no estado) e as demandas por serviços de saúde pelos migrantes registram recordes, e os anos de 2020 e 2021, quando o fechamento de fronteiras em razão da pandemia da Covid-19 faz com que o fluxo migratório para Roraima reduza significativamente (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2020; UEBEL, MÁRQUEZ, FRÖHLICH; 2021).

De maneira sucinta a metodologia aplicada à dissertação pode ser apresentada da seguinte forma: tratou-se de estudo com natureza descritiva, apoiado em base documental, de abordagem quantitativa e direcionalidade temporal retrospectiva.

RESULTADOS

Para o recorte temporal de dois biênios (2017/2018 e 2020/2021), foram encontrados registros de 459 casos de notificação/investigação de SC, dos quais 84,75% (n=389) foram de recém-nascidos, aborto ou natimorto de genitora brasileira, 14,81% (n=68) de genitora venezuelana e 0,44% (n=02) de genitora guianense.

Foi observado o aumento progressivo, em valor absoluto, das notificações de SC na Maternidade para os períodos analisados:

- Em 2017, encontrou-se registro de **74 casos de notificações de SC**: dos quais 72 (97,30%) eram de filhos de mulheres brasileiras e 02 (2,7%) de mulheres venezuelanas;
- Em 2018, havia **95 casos de notificações de SC**: dos quais 86 (90,53%) eram de filhos de mães brasileiras, 8 (8,42%) de mães venezuelanas e 1 (1,05%) de mãe guianense;
- Em 2020, **140 casos de notificações de SC**: dos quais 103 (73,57%) eram de filhos de mães brasileiras, 36 (25,71%) mães venezuelanas e 01 (0,71%) mães guianense; e
- Em 2021, foram identificadas **150 notificações de SC**: dos quais 128 (85,33%) eram de filhos de mães brasileiras e 22 (14,67%) eram de mães venezuelanas.

Quanto ao perfil sociodemográfico materno, a faixa etária predominante foi a de

mulheres com idade entre 20 a 39 anos, cor parda e com o nível médio completo.

Referente ao dados sobre o acesso à assistência pré-natal, constatou-se que 72,55% das mães realizaram o acompanhamento, 20,92% não realizaram, 1,31% tiveram essa informação ignorada e em 5,23% não houve preenchimento na ficha.

Quando comparados os grupos de mães, foi notado o baixo percentual de realização de pré-natal entre as migrantes venezuelanas em relação às mulheres brasileiras. A não realização de pré-natal entre venezuelanas foi de 41,18%, e para as mulheres locais esse percentual foi de 17,22%.

Com relação ao momento do diagnóstico materno, foi observado que entre mulheres brasileiras, 68,38% foram diagnosticadas oportunamente no pré-natal e 22,11% no momento do parto/curetagem. E que esse valor foi diferente entre as venezuelanas, uma vez que 55,88% receberam o diagnóstico no pré-natal e um percentual maior, se comparado ao das mulheres brasileiras, foram diagnosticadas apenas no parto/curetagem 35,29%.

No que concerne ao tratamento da gestante, foi possível identificar, a partir dos dados coletados diretamente nas fichas de Notificação preenchidas no HMINSN, que 35,29% das mulheres tiveram tratamento considerado adequado, 18,08% o tratamento inadequado, 10,02% não realizaram qualquer tratamento, e em 1,09% a informação referente ao tratamento materno foi ignorada.

Quanto a essa característica cabe destacar que em 35,51% (n=163) das notificações a informação sobre o tratamento não foi preenchida ou restou ausente por tratar-se de ficha de notificação diferente da padronizada pelo Ministério da Saúde.

A análise das variáveis relativas aos dados e informações sobre a assistência à saúde da criança foram limitadas devido ao fato de que determinadas cópias de fichas de notificação/investigação de SC estavam incompletas. Esse fato ocorreu em 19 situações e, em todas elas, não foi possível identificar as características das crianças.

Quanto às características laboratoriais foi possível observar que 77,12% das crianças obtiveram resultado reagente para o teste não treponêmico no sangue periférico, 4,79% tiveram resultado não reagente e 10,89% não realizaram o exame.

No HMINSN, durante o período compreendido pelo estudo, observou-se um alto percentual de crianças que realizaram a testagem não treponêmica, totalizando 81,91% dos casos (entre resultados reagentes e não reagentes), evidenciado que o hospital vem seguindo as recomendações oficiais de proceder o teste não treponêmico no sangue periférico da criança. Todavia, ainda foram observadas situações em que não houve preenchimento dessa informação, o que dificulta o diagnóstico da criança e, conseqüentemente, o seguimento

adequado.

Com relação aos demais exames de cunho laboratorial, notou-se que, seja na pesquisa para evidência de *Treponema pallidum*, na alteração liquórica ou na alteração do exame dos ossos longos, houve percentual acima de 25% (n >114,75) de fichas em que esses dados não foram preenchidos ou estavam indisponíveis por se tratar de cópias de fichas incompletas. Em muitos casos, o exame não foi realizado: em 34,42%, para evidência do *Treponema pallidum*, em 44,66%, para a alteração liquórica, e em 18,74%, para a alteração dos ossos longos.

Quanto ao esquema de tratamento da criança, a maior proporção de casos (37,69%) foi o da prescrição de Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, por 10 dias, seguida de casos que apresentavam o tratamento como “outro esquema” (33,55%), e, posteriormente, outros casos em que não houve preenchimento da informação sobre a opção terapêutica adotada, o dado foi ignorado ou a ficha estava incompleta (16,56%).

A respeito do tratamento realizado com outros esquemas, a pesquisa também se ocupou em identificar quais foram os fármacos utilizados. Constatou-se que, em 79,22% dos casos em que houve preenchimento do campo “outro esquema”, o medicamento prescrito continuava a ser Penicilina G Cristalina por via endovenosa, seguido pelo uso de Penicilina G benzatina intramuscular (11,69%) e Ceftriaxona endovenosa (9,09%).

O uso da Ceftriaxona como escolha de tratamento para as crianças notificadas/investigadas com sífilis congênita, no HMINSN, no período em estudo, ocorreu exclusivamente no ano 2017.

No período em estudo, a evolução dos casos que tiveram como desfecho o recém-nascido vivo foi constatada em 55,56% das fichas. Os casos em que não houve informação ou se tratava de cópias incompletas corresponderam a 30,07% das fichas; os casos que resultaram em aborto, 6,10%; natimortos, 2,40%; e os que tiveram a evolução do caso categorizada como ignorada, 4,14%.

Destaca-se que em seis (1,31%) fichas de notificação/investigação, a observação quanto à evolução do caso foi relatada como óbito, porém em campo não específico para tal fim, a saber, na parte superior da primeira página da ficha, com a informação aparentemente em posição de destaque.

No que se refere especificamente aos casos que evoluíram para desfecho desfavorável, ao longo dos dois biênios em estudo, observou-se que o ano com a maior proporção desse tipo de desfecho foi 2018, com 30,52% (n=29) de todas os casos de notificação/investigação de SC registrados naquele ano. Dentre eles, 16,84% (n=16) tratava-se de aborto, 5,26% (n=05) de natimortos e 4,21% (n=4) com anotação de óbito em campo não específico de mulheres

brasileiras. Apenas 3,16% (n=03) e 1,05% (n=01) dos casos de aborto e natimorto, respectivamente, foram relativos a genitoras venezuelanas.

É certo que o ano 2018, período de maior ocorrência de óbitos, abortos, natimortos relacionados à sífilis congênita no HMINSN, coincidiu com o momento do intenso fluxo de migrantes venezuelanos ao estado de Roraima. No entanto, não se pode atribuir a ocorrência desses desfechos à chegada da população migrante, tendo em vista que, das 95 notificações realizados naquele ano, apenas 08 eram de crianças cuja mãe é venezuelana.

A pesquisa apresentou algumas outras limitações devido a existência de dois modelos de ficha de notificação/investigação de sífilis congênita utilizadas pelo hospital, devido à ausência das fichas do ano 2019 e falta de preenchimento de dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho levantou e organizou dados e informações que poderão subsidiar os debates no âmbito da gestão em saúde pública e da vigilância epidemiológica sobre os efeitos da migração venezuelana, a partir dos quantitativos de casos de sífilis congênita entre pacientes atendidas nos biênios de 2017/2018 e 2020/2021 no HMINSN.

É possível atestar, a partir da avaliação de dados relativos às realizações de partos de mulheres venezuelanas, no HMINSN, que houve, sim, um aumento significativo nas demandas por serviços públicos materno-infantis de Roraima, causado pela intensa migração que se verificou a partir de 2016.

Entretanto, quanto à hipótese que a pesquisa se propôs a enfrentar, é possível afirmar que a migração venezuelana não pode ser considerada o fator determinante para o aumento de casos de sífilis congênita em Roraima no biênio 2020-2021, pois, nesse período, houve um decréscimo significativo do fluxo de migrantes ao Estado, em razão do fechamento da fronteira e da aceleração do processo de interiorização de migrantes. Embora seja o período com o maior registro de notificações de SC entre mães venezuelanas, na Maternidade, o percentual é consideravelmente menor que o registrado entre mulheres brasileiras.

No biênio 2017/2018, que pode ser considerado o ápice da chegada de migrantes venezuelanos em Roraima, com a maior taxa positiva do saldo migratório (cerca de 85 mil migrantes vivendo no estado), os casos de sífilis ocorreram em número menor do que quando o fluxo migratório decresceu.

Por outro lado, os registros de notificação de SC entre genitoras brasileiras permanecem em ascensão, revelando a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção

da sífilis em todos os grupos maternos, com foco na assistência pré-natal.

RECOMENDAÇÕES

A partir dos dados coletados, organizados e analisados, foi possível identificar a necessidade de melhorias da gestão de informações relacionadas à sífilis congênita na rede de cuidado materno-infantil do estado de Roraima. Sabe-se que o monitoramento do perfil epidemiológico da sífilis congênita, o estudo de suas tendências e a identificação correta dos casos são importantes fontes de vigilância epidemiológica e fundamentais para subsidiar o planejamento de ações de prevenção e controle do agravo.

Dessa forma, propõe-se:

- A ampla divulgação entre os profissionais de saúde responsáveis pela notificação de casos de SC, do Ofício nº 36839/2017 da Superintendência de Vigilância em Saúde do Município de Boa Vista, o qual recomenda o registro da **“nacionalidade”** nas fichas de notificação das Doenças de Notificação Compulsória e Doenças de Notificação Compulsória Imediata;

- Que seja utilizada apenas o modelo oficial de ficha de notificação/investigação de sífilis congênita, estabelecido pelo Ministério da Saúde. Embora admita-se que o modelo secundário seja mais expansivo e detalhado, o SINAN ainda não o reconhece, dessa forma a sua utilização pode gerar inconsistências no momento da notificação virtual;

- A descentralização da notificação da SC, a fim de possibilitar que esta seja digitada diretamente no HMINSN. Assim as lacunas e ausências de informações poderão ser supridas de forma imediata, considerando que poderão ser coletadas diretamente em prontuário médico e na caderneta da gestante. Essa também é uma importante estratégia para evitar subnotificações;

- A realização das notificações conforme recomendações do Ministério da saúde, que, atualmente, não incluem os casos de crianças expostas à sífilis. Recém-nascidos nesta situação, embora não necessitem de notificação devem receber o acompanhamento adequado ao longo do seu desenvolvimento, devendo para tanto serem referenciados no momento da alta hospitalar, no âmbito da maternidade;

- O treinamento contínuo dos profissionais que realizam o preenchimento das notificações, visando conscientizá-los das suas responsabilidades com o fornecimento de informações corretas.

- Reforçar entre os profissionais responsáveis pela notificação quais são os critérios adotados pelo Ministério da saúde para definição de tratamento materno adequado e inadequado. Pois, em inúmeras situações houve o preenchimento do campo esquema de tratamento materno “adequado”, quando eram inadequados, pois iniciaram na data do parto ou data próxima (<30 dias). Sabe-se que o tratamento instituído em menos de 30 dias antes do parto não é considerado adequado para efeitos de notificação; e

- Elaborar e divulgar materiais informativos bilingues, visando interromper a cadeia de transmissão da sífilis, esclarecer a importância do tratamento materno e sua parceria sexual.

Por fim, cabe recordar que a sífilis congênita é um agravo evitável, bastando para isso o diagnóstico e tratamento precoce das gestantes infectadas, ações estas que ficam destinadas, de maneira geral, a atenção primária à saúde. No momento do parto ou curetagem, as maternidades ou casas de parto exercem menor influência sobre a prevenção da ocorrência de SC para gestações em curso, mas são importantes agentes no manejo de crianças expostas ou infectadas e podem contribuir com a otimização de alocação de recursos destinados à prevenção de novas ocorrências de SC e diminuição dos impactos causado pela infecção no desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Ano V, n.01. 2019a. 44 p.

CAVALCANTI, Leonardo, OLIVEIRA, Wagner. “Os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos”. **PÉRIPLoS, Revista de Pesquisa sobre Migrações**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 11-35, 2020.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, 2016.

LINS, Cynthia Dantas de Macedo. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Roraima, 2014.

UEBEL, Roberto Rodolfo Georg; MÁRQUEZ, Lara Sosa; FRÖHLICH, Matheus. Governança Migratória E Pandemia Da Covid-19: A Resposta Brasileira À Crise Migratória De Venezuelanos Pela Operação Acolhida. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, Grande Dourados, v. 10, n. 20, p. 109-140, jul./dez. 2021.

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFI CAÇÃO (SINAN)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº
Definição de caso:				
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} .				
<small>a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.</small>				
Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:				
-Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;				
-Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;				
-Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ;				
-Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;				
-Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.				
<small>d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade</small>				
Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.				
<small>f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).</small>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		SÍFILIS CONGÊNITA	Código (CID10) A 5 0.9
	3 Data da Notificação		4 UF	
	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7 Data do Diagnóstico		8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade	
	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante	
Dados de Residência	13 Raça/Cor		6 - Não se aplica	
	14 Escolaridade		10 - Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	
Antecedentes Epiid. da gestante / mãe	19 Distrito		Código (IBGE)	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
Dados do Lab. da gestante / mãe	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Idade da mãe	
	32 Raça/cor da mãe		33 Ocupação da mãe	
Trat. da gestante / mãe	34 Escolaridade		35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	
	36 UF		37 Município de Realização do Pré-Natal	
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		39 Diagnóstico de sífilis materna	
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem		41 Título	
42 Data		43 Teste treponêmico no parto/curetagem		
44 Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento		
46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		47 Sifilis Congênita		
Sinan NET		SVS		
04/08/2008				

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico		63 Presença de sinais e sintomas		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____ 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome		Função	Assinatura	
<p>OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</p> <p>7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.</p> <p>10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.</p> <p>43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i>), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a <i>Treponema pallidum</i>), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.</p> <p>44 - Esquema de Tratamento da mãe: Esquema de Tratamento Adequado: É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.</p> <p>Esquema de Tratamento Inadequado: É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.</p> <p>53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.</p> <p>58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6 ,12 e 18 meses).</p> <p>59 - Evidência de <i>T. pallidum</i> - Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p> <p>60 - Alteração liquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;</p> <p>63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.</p> <p>65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.</p>					
Sífilis Congênita		Sinan NET		SVS 04/08/2008	

**ANEXO B – 1º OFÍCIO DA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
RUA CORONEL MOTA, 418 - SÃO PEDRO
CEP 69301-128 - BOA VISTA RR
FONE (95) 3623 2005 - email: gab.saude@boavista.rr.gov.br

OFÍCIO Nº36839/2017 - DVE/SVS/GAB/SMSA

Boa Vista-RR, 29 de novembro de 2017.

Aos Diretores de Unidades de Saúde

Assunto: Informação de Nacionalidade nas fichas de Notificação

Senhor (a) Diretor (a),

Ao cumprimentar Vossa Senhoria, informamos que a partir desta data o município de Boa Vista irá adotar a inclusão da informação "nacionalidade" nas fichas de notificação das Doenças de Notificação Compulsória e Doenças de Notificação Compulsória Imediata.

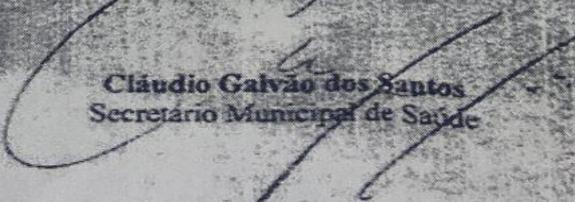
A informação deverá ser inserida na campo "complemento (apto, casa...)" dos dados de residência das fichas de notificação. Esta informação deverá ser digitada no SINAN pelas unidades de saúde onde o Sistema de Informação é descentralizado (HGR, CEMHCM, SAE, CASAI, HCSA e UVCZ).

Esta medida é um mecanismo para monitorar de forma oportuna a ocorrência de doenças e agravos na população de imigrantes venezuelanos que estão residindo em Boa Vista, independentemente de estarem residindo em abrigos; e subsidiar o planejamento de ações e políticas de saúde em nosso município.

Certos de podermos contar com a Vossa colaboração, agradecemos e colocamos nossa equipe técnica a disposição para maiores esclarecimentos através do contato telefônico (95) 3621-1045.

Atenciosamente,


Francinete da Silva Rodrigues
Superintendente de Vigilância em Saúde


Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C – 2º OFÍCIO DA SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

OFÍCIO CIRCULAR Nº 57/2022 - DVE/SVS/GAB/SMSA/PMBV
NUP: 0000.9.061421/2022

Boa Vista-RR, 22 de fevereiro de 2022.

A Direção Geral do: Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré
Hospital Unimed
Hospital Lotty Iris
Hospital Geral de Roraima Rubens de Souza Bento
Hospital da Mulher
Centro de Especialidades Médicas Hospital Coronel Mota
Pronto Atendimento Cosme e Silva
Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco

Assunto: Obrigatoriedade do preenchimento da nacionalidade no campo “complemento” das Fichas de Notificações das Doenças e Agravos Compulsórios.

Senhor (a) Diretora (a),

Ao cumprimentar Vossa Senhoria, solicitamos que seja reforçado junto as áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e toda sua rede de assistência a obrigatoriedade da inclusão da informação “NACIONALIDADE” nas Fichas de Notificação das Doenças de Notificação Compulsória e Doenças de Notificação Compulsória Imediata, conforme foi determinado através do Ofício nº 36839/2017 – DVE/SVS/GAB/SMSA de 29 de novembro de 2017 (anexo).

A informação deverá ser inserida no campo “complemento (apto. casa)” dos dados de residência das Fichas de Notificação. A medida foi adotada para monitorar de forma oportuna a ocorrência de doenças e agravos na população migrante residente em Boa Vista e subsidiar a gestão no planejamento de políticas de saúde integradas.

Para as Unidades onde o Sistema de Informação de Agravos de Notificação está descentralizado (a unidade digita as Fichas no Sistema), a informação da nacionalidade deverá ser digitada com o nome do país de origem (ex: Nacionalidade brasileira vai digitar no campo complemento o nome do país Brasil).

Ressaltamos a importância do campo complemento só conter o nome do país, pois assim é possível tabular a informação da nacionalidade.

As demais informações sobre o endereço do paciente poderão ser incluídas no campo “ponto de referência”. Anexo a este documento encaminhamos também a tabela com os nomes dos bairros oficiais existentes em Boa Vista, e ao lado de cada bairro o aglomerado/conjunto que pertence atualmente a área do bairro, para que seja incluída no campo “ponto de referência”.

É importante que as informações de localização do paciente seja atualizada para facilitar, se necessário, o direcionamento de intervenções/ações de controle.

Certos de podermos contar com a colaboração de todos no cumprimento das informações, agradecemos e colocamos nossa equipe técnica a disposição para maiores esclarecimento.

Atenciosamente,

Francinete da Silva Rodrigues
Superintendente de Vigilância em Saúde

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Cristiane Greco de Borri
Diretora Técnica de MINSU
Portaria 1501/GES/INCO

DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CLAUDIO GALVAO DOS SANTOS EM 23/02/2022 13:58:57
DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: FRANCINETE DA SILVA RODRIGUES EM 22/02/2022 16:16:09

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MIGRAÇÃO VENEZUELANA E SAÚDE NA FRONTEIRA: UMA ANÁLISE SOBRE O AUMENTO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, NO HOSPITAL MATERNO-INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Pesquisador: NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51435021.6.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.279.689

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa:

MIGRAÇÃO VENEZUELANA E SAÚDE NA FRONTEIRA: UMA ANÁLISE SOBRE O AUMENTO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, NO HOSPITAL MATERNO-INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ.

Pesquisador Responsável: NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER.

Versão: 3

CAAE: 51435021.6.0000.5302.

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFRR.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio.

Desenho:

Tipo de Estudo: Trata-se de pesquisa descritiva, de caráter retrospectivo e documental, a ser desenvolvida a partir de dados secundários coletados nas fichas de notificação / investigação de

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

sífilis congênita junto ao Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), localizado em Boa Vista, Roraima. O trabalho será dividido em duas etapas, no primeiro momento será feito o levantamento referente ao quantitativo de casos de sífilis congênita notificados pelo HMINSN no período compreendido pelo estudo, 2017 a 2021, com busca ativa pela nacionalidade da puérpera, e, posteriormente, com base nos resultados obtidos a proposição do debate sobre como o sistema público de saúde deveria atuar na elaboração de estratégias para o enfrentamento desse desafio. População do estudo/amostra: a população de estudo será composta por todos os casos de sífilis congênita, em investigação ou notificados pela Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), do Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré, no período de 2017 a 2021, representando o N amostral de aproximadamente 200 pacientes, para essa definição levou-se em consideração os casos de sífilis congênita em Roraima, segundo a idade da criança (de 0 a 28 dias), notificados junto ao no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Critério de inclusão: todas as fichas de notificação ou investigação de recém-nascidos com o diagnóstico que se enquadre na definição de sífilis congênita, conforme critérios do Ministério da Saúde, bem como os casos de aborto por sífilis e natimorto em decorrência da doença. Critério de exclusão: serão excluídas do estudo os pacientes indígenas. Local do estudo: a pesquisa será realizada no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, localizado em Boa Vista – Roraima, que representava até o final do de 2020 a única maternidade pública da região, absorvendo, portanto, grande parte do atendimento destinado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e recém-nascidos, sendo detentor também da única Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Estado. Período de duração do estudo: serão coletados dados que abrangem o período de 2017 a 2021.

Coleta de dados: os dados serão coletados nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, arquivados na Unidade de Vigilância epidemiológica (UVE) do Hospital, bem como junto ao Serviço Médico de Arquivamento e Estatística (SAME), a fim de se obter informações quanto a nacionalidade da mãe dos recém-nascidos notificados, visto que esse dado não consta nas fichas de notificação do Ministério da Saúde. Variáveis do estudo: serão abrangidas pelo estudo as variáveis maternas descrita a seguir: idade, raça/cor, escolaridade, nacionalidade, realização de pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis (durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado ou ignorado), diagnóstico laboratorial (teste treponêmico e não treponêmico) e esquema de tratamento (adequado, inadequado, não realizado ou ignorado), quanto aos recém-nascidos, natimortos ou abortos por sífilis serão considerados o diagnóstico laboratorial, clínico, radiológico e o tratamento.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

Resumo:

A sífilis congênita é uma infecção resultante da transmissão transplacentária da bactéria *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o feto. Nos últimos 10 anos o Brasil vem apresentando uma progressiva elevação na taxa de incidência de sífilis congênita. Entre os anos de 2017 e 2018 o Estado de Roraima apresentou o aumento mais expressivo nas taxas de incidência da doença entre todas as unidades federativas, 132% e o coeficiente de mortalidade em menores de um ano por 1000 nascidos vivos no Estado foi de 8,5, ou seja, superior ao coeficiente nacional para aquele ano, 8,2. Esses dados, contudo, não revelam um fator importante: o incremento demográfico causado pela intensa migração venezuelana em Roraima, a partir de 2017, o que representa um desafio para a gestão de saúde pública face à necessidade dos migrantes por atendimento médico especializado. O problema que se coloca é que muitas gestantes venezuelanas não têm acesso ao pré-natal e tratamento adequado para sífilis, caso seja necessário, devido a crise de abastecimento pela qual passa a Venezuela, o que leva ao diagnóstico tardio da doença em solo roraimense, especificamente na única maternidade pública do Estado. Este trabalho, portanto, tem como objetivo analisar a relação entre o aumento dos casos de sífilis congênita, no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, com o agravamento da crise migratória venezuelana.

Introdução:

Segundo dados do Ministério da Saúde, divulgados no Boletim Epidemiológico 2019, o Estado de Roraima, entre os anos de 2017 e 2018, apresentou o aumento mais expressivo nas taxas de incidência de sífilis congênita entre todas as unidades federativas (132,0%). Além desse preocupante aumento, o Boletim também registrou que o coeficiente de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano (por 100.000 nascidos vivos), em Roraima, no ano de 2018, foi de 8,5, isto é, acima do coeficiente de mortalidade nacional de 8,2 (BRASIL, 2019). Já o Boletim 2020 revelou que Roraima está entre os doze Estados que, no de 2019, apresentaram taxas de detecção de sífilis em gestantes superiores à do Brasil (BRASIL, 2020). Esses dados alarmantes, contudo, não evidenciam um fator importante do qual não se pode esquecer: incremento demográfico causado pela migração venezuelana a partir de 2016 (FGV DAPP, 2020). É notório que o intenso fluxo migratório de venezuelanos para Roraima causou uma sobrecarga no sistema de saúde pública local, tanto que, ainda em 2016, o governo estadual decretou estado de emergência em saúde nas principais cidades de recepção de

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

migrantes, Boa Vista e Pacaraima (RORAIMA, 2016). Dentre os impactos sócio-estruturais causados pela migração venezuelana em Roraima, a partir de 2015, um dos que mais desafia a gestão pública no Estado é relativo às demandas dos imigrantes por atendimento médico-hospitalar. Embora não haja relatórios divulgados, constam de entrevistas publicadas em veículo de imprensa que, apenas no ano de 2018, foram registrados 1.603 nascimentos de filhos de venezuelanas, o equivalente a 15% do total de partos realizados naquele ano. Em 2019, somente no período de janeiro a 31 de julho, os partos de gestantes venezuelanas totalizaram 1.598 (COSTA, 2019). Não se trata, nesse caso, do incremento apenas quantitativo de partos, mas também, em termos qualitativos, da necessidade de adoção de estratégias de atendimento de parturientes com perfil específico. De acordo com a Constituição Federal brasileira a saúde é dever do Estado e direito de todos, nacionais e estrangeiros (BRASIL, 1988). Ocorre que o gestor público, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passa a enfrentar novos desafios, de vez que é obrigado, constitucionalmente, a atender a todos, inclusive a crescente população migrante, mas tendo que enfrentar dificuldades econômico-orçamentárias, de infraestrutura (falta de leitos), de recursos humanos (falta de pessoal), de materiais médico hospitalares etc., para prestar atendimento universal (ARRUDA-BARBOSA, 2020). No caso específico do atendimento neonatal, em especial no que se refere ao controle da sífilis congênita, o problema que se coloca é que muitas gestantes venezuelanas não realizam o exame pré-natal completo e não recebem tratamento médico adequado no seu país de origem, em razão da precariedade dos serviços e da crise de abastecimento de medicamentos pela qual passa a Venezuela, o que aumentam os riscos de transmissão vertical daquela doença. Assim, durante o pré-natal, elas não se submetem, dentre outros, a testes rápidos de triagem para sífilis e/ou VDRL, e a doença em muitos casos apenas é descoberta no momento do parto no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), única maternidade pública do Estado de Roraima. Ante esse quadro, os índices de sífilis tendem aumentar, pois as chances de o bebê adquirir sífilis congenitamente são muito maiores, e acabam se somando aos índices já elevados de sífilis nas mães (sífilis gestacional). A presente pesquisa pretende assim, avaliar as hipóteses acima ventiladas, isto é, que a migração desornada aliada a falta de planejamento e recursos permitiu que os dados sobre sífilis congênita em Roraima se tornassem preocupantes.

Hipótese:

As condições sócio-epidemiológica, bem como os determinantes sociais da saúde das gestantes venezuelanas dificulta o diagnóstico precoce da sífilis gestacional e seu tratamento ocasionando

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

no aumento da incidência da sífilis congênita no Hospital materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré. Frente a essa nova realidade o gestor de saúde pública precisará adotar novas medidas de ações estratégicas no âmbito da saúde da população migrante.

Metodologia Proposta:

Tipo de Estudo: Trata-se de pesquisa descritiva, de caráter retrospectivo, a ser desenvolvida a partir de dados coletados nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita junto ao Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré. O trabalho será dividido em duas etapas, no primeiro momento será feito o levantamento referente ao quantitativo de casos de sífilis congênita notificados pelo HMINSN no período compreendido pelo estudo, com destaque para nacionalidade da puérpera, e, posteriormente, com base nos resultados obtidos a proposição do debate sobre como o sistema público de saúde deveria atuar na elaboração de estratégias para o enfrentamento desse desafio. **População do estudo/amostra:** a população de estudo será composta por todos os casos de sífilis congênita, em investigação ou notificados pela Unidade de Vigilância Epidemiológica – UVE, do Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré, no período de 2017 a 2021, representando o N amostral de aproximadamente 200 pacientes, para essa definição levou-se em consideração os casos de sífilis congênita em Roraima, segundo a idade da criança (de 0 a 28 dias), notificados junto ao no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Local do estudo:** a pesquisa será realizada no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré - HMINSN, localizado em Boa Vista – Roraima. **Período de duração do estudo:** serão coletados dados que abrangem o período de 2017 a 2021. **Coleta de dados:** os dados serão coletados por um pesquisador, s serão coletados nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), arquivados na Unidade de Vigilância epidemiológica (UVE) do Hospital, bem como junto ao Serviço Médico de Arquivamento e Estatística (SAME), a fim de se obter informações quanto a nacionalidade das mães dos recém-nascidos/abortos/natimortos notificados, uma vez que este dado não consta nas fichas do SINAN. As fichas de notificação são importantes fontes de pesquisa em saúde uma vez que possuem dados sociais, epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da gestante e de seu conceito, contudo cabe ressaltar que essas não contemplam o campo para determinação da nacionalidade da genitora do recém-nascido diagnosticado ou investigado, motivo que implicará na necessidade de busca ativa por esses dados junto ao SAME. **Variáveis do estudo:** serão abrangidas pelo estudo as variáveis maternas descrita a seguir: idade, raça/cor, escolaridade, nacionalidade, realização de pré-natal,

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

momento do diagnóstico da sífilis (durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado ou ignorado), diagnóstico laboratorial (teste treponêmico e não treponêmico) e esquema de tratamento (adequado, inadequado, não realizado ou ignorado), quanto aos recém-nascidos, natimortos ou abortos por sífilis serão considerados o diagnóstico laboratorial, clínico, radiológico e o tratamento. nacionalidade das mães dos recém-nascidos/abortos/natimortos notificados, uma vez que este dado não consta nas fichas do SINAN. As fichas de notificação são importantes fontes de pesquisa em saúde uma vez que possuem dados sociais, epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da gestante e de seu conceito, contudo cabe ressaltar que essas não contemplam o campo para determinação da nacionalidade da genitora do recém-nascido diagnosticado ou investigado, motivo que implicará na necessidade de busca ativa por esses dados junto ao SAME. Variáveis do estudo: serão abrangidas pelo estudo as variáveis maternas descritas a seguir: idade, raça/cor, escolaridade, nacionalidade, realização de pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis (durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado ou ignorado), diagnóstico laboratorial (teste treponêmico e não treponêmico) e esquema de tratamento (adequado, inadequado, não realizado ou ignorado), quanto aos recém-nascidos, natimortos ou abortos por sífilis serão considerados o diagnóstico laboratorial, clínico, radiológico e o tratamento.

Critério de Inclusão:

Todas as fichas de notificação ou investigação de recém-nascidos com o diagnóstico que se enquadre na definição de sífilis congênita, conforme critérios do Ministério da saúde, bem como os casos de aborto por sífilis e natimorto em decorrência da doença.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas do estudo os pacientes indígenas.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados serão organizados em planilha do software Excel (versão 2101, Microsoft) e analisados a partir da estatística descritiva a ser desenvolvida por meio do programa estatístico Epi Info (versão). Para fins de cálculo da incidência da sífilis congênita no HMINSN será utilizada a seguinte fórmula: total de casos notificados de sífilis congênita dividido pelo total de nascidos vivos no mesmo local e período, multiplicado por 1000.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

Desfecho Primário:

O principal resultado esperado pela pesquisa é determinar se a migração venezuelana pode ter contribuído ou não para o aumento do diagnóstico dos casos de sífilis congênita no Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré.

Tamanho da Amostra no Brasil: 200.

Países de Recrutamento:

País de Origem do Estudo: Sim; País: Brasil; Nº de participantes da pesquisa: 200.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim.

Detalhamento:

Haverá uso das fichas de notificação/investigação de sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para fins de levantamento de dados sociais, epidemiológicos da mãe e clínicos e laboratoriais da mãe e da criança.

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:

200.

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro:

ID Grupo: Grupo único; Nº de Indivíduos: 200; Intervenções a serem realizadas: Estudo observacional.

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?

Não.

Propõe dispensa do TCLE?

-Sim.

-Justificativa: Propõe-se dispensa do TCLE por se tratar de uma pesquisa descritiva retrospectiva, com utilização de dados contidos nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita de

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

pacientes que não se encontram mais internados no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, sendo difícil a localização dos mesmos, tendo em vista que a população migrante em algumas oportunidades passa pelo processo de interiorização e mudança de endereço. Na oportunidade ressalta-se que após a notificação da unidade assistencial as informações das fichas passarão a compor a base de dados do SINAN, que as divulga em sua página eletrônica, sem a identificação individual dos pacientes notificados, tornando-as de domínio público. Os resultados da pesquisa proposta serão apresentados de forma agregada sem a identificação nominal dos participantes. Trata-se ainda de um estudo sem intervenções clínicas e sem alterações/influências no tratamento dos participantes e, conseqüentemente, sem adição de prejuízos ao bem estar dos mesmos.

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?

Não.

Cronograma de Execução:

- Defesa da dissertação: 27/06/2022 - 27/06/2022;
- Submissão ao comitê de ética: 12/08/2021 - 13/09/2021;
- Organização dos dados estatísticos: 01/11/2021 - 30/11/2021;
- Análise de dados: 01/12/2021 - 31/12/2021;
- Coleta de dados: 13/09/2021 - 31/10/2021;
- Elaboração da dissertação: 31/12/2021 - 27/05/2022;
- Coleta de Dados complementares: 20/02/2022 - 05/03/2022.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre o aumento dos casos de sífilis congênita, no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré, com o agravamento da crise migratória venezuelana em Roraima, a partir de 2017.

Objetivo Secundário:

-Fazer um levantamento de dados (quantitativo) dos registros de casos de sífilis congênita, no HMINSN, especificando a nacionalidade da mãe, durante o período de 2017 a 2021; Comparar os dados disponíveis pelo Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

(SINAN), quanto aos casos de sífilis congênita, segundo a idade da criança, por ano de diagnóstico, com os dados obtidos na pesquisa em campo;

-Analisar se as pacientes puérperas de recém-nascidos com sorologia positiva para sífilis realizaram o pré-natal e foram diagnosticadas precocemente ou se o diagnóstico da sífilis se deu apenas no momento do parto/curetagem;

-Analisar a frequência de gestantes que fizeram tratamento oportuno para sífilis; Verificar a disponibilidade dos testes rápidos e exames para o diagnóstico da sífilis, bem como, a oferta de medicamentos para o tratamento da mãe e da criança no Hospital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Um risco que se apresenta é que a possível revelação, pela pesquisa, de que o aumento dos casos de sífilis congênita, no HMINSN, no período compreendido, está relacionado à migração venezuelana pode reforçar o sentimento de xenofobia na comunidade local. Contudo, para minimizar ou mesmo evitar esses riscos, o produto da pesquisa será acompanhado de material explicativo que demonstre que casos de sífilis gestacional e congênita, estão relacionados à falta de acesso aos cuidados de pré-natal, e trata-se de um problema sanitário, decorrente do comportamento de risco, que acomete as populações vulneráveis em geral, independente de nacionalidade.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, aponta-se que partir da evidência e análise dos problemas poderão ser adotadas medidas para o acompanhamento criterioso das gestantes em situação de vulnerabilidade, em razão da sua condição de migrante, cuidando assim precocemente da saúde materna para prevenir a transmissão vertical da doença ao feto, a pesquisa deve contribuir ainda na sensibilização dos gestores da saúde, na esfera municipal (investimento na atenção pré-natal), estadual (investimento nos hospitais especializados) e federal (atuação efetiva de promoção a saúde em regiões de fronteira) estimulando-os a investirem na atenção à saúde materno-infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de

Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de pesquisa: Política, Gestão e Sustentabilidade

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR**



Continuação do Parecer: 5.279.689

de Sistemas e Programas de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória constam no projeto de pesquisa. Houve a solicitação da dispensa Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) face a justificativa:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva (2017 a 2020) com uso de dados constantes nas fichas de notificação/investigação de sífilis congênita e no cadastro dos pacientes junto ao Serviço de Arquivamento médico e estatístico do Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré.
2. Os pacientes não se encontram mais internados no Hospital.
3. Em alguns casos os pacientes passaram pelo processo de interiorização e não se encontram mais no Estado de Roraima.
4. Os pacientes foram atendidos há mais de seis meses e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Recomendações:

Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Visando atender a solicitação indicada pelo CEP/UFRR:

Pendência 1: Anexar na Plataforma Brasil o modelo da Folha de Rosto assinado fisicamente pelo responsável legal da Instituição Proponente.

Foi solucionada a Pendência 1, sendo providenciada a assinatura física da responsável pela Instituição Proponente na Folha de Rosto e anexada juntamente com Carta Resposta na Plataforma Brasil. Esclarecendo ainda, que a coleta de dados iniciará apenas após sanadas todas as pendências e mediante parecer favorável do CEP.

Desta forma, recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa, pois não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1888897_E1.pdf	26/01/2022 20:22:05		Aceito

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.279.689

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_E1.pdf	26/01/2022 20:13:18	NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_A_PENDENCIAS.pdf	24/09/2021 17:39:31	NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER	Aceito
Outros	folhaDeRosto_MODIFICADA.pdf	24/09/2021 17:28:11	NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_NATANA_FERREIRA_DE_OLIVEIRA_XAVIER.pdf	12/08/2021 00:37:42	NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_HOSPITAL.pdf	12/08/2021 00:37:21	NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	12/08/2021 00:37:08	NATANA FERREIRA DE OLIVEIRA XAVIER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 08 de Março de 2022

Assinado por:

Bianca Jorge Sequeira Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br