

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR

BERGAMASCO, Dhaiany Cristina¹

ZANATTA, Silvana²

CARNEIRO, Rita de Cássia Martins da Silva³

RESUMO

Objetivos: Averiguar a incidência de notificação de casos de sífilis gestacional no município de Cascavel-PR, a fim de mostrar a população o aumento significativo de casos dessa doença que está se tornando uma epidemia nacional. **Métodos:** A presente pesquisa bibliográfica, descritiva, exploratória, qualitativa e quantitativa, sendo elaborada a partir da leitura e análise de aproximadamente 20 artigos, conteúdos em livros e banco de dados do Ministério da Saúde. O levantamento de dados se dará a partir dos descritores: sífilis, sífilis em gestantes, incidência de sífilis, *Treponema pallidum*, DST's, nas plataformas de pesquisa: google acadêmico, pubmed, scielo, Ministério da Saúde e livros. Todos os dados serão coletados e analisados a partir da compilação para posterior discussão. **Considerações finais:** Observando os dados coletados no banco de dados do MS, pudemos verificar que o aumento do índice de notificação ocorreu por vários fatores, incluindo relações sexuais sem proteção, pré-natal incompleto, falta de adesão do parceiro ao tratamento indicado e também a falta do principal medicamento para tratamento. Consideramos que um dos problemas que só vem aumentando os casos está na atenção primária, onde falta atuação mais ativa do enfermeiro na busca ativa das gestantes, na educação em saúde principalmente nas escolas, onde além de destacar os riscos de DST's, estaria prevenindo gravidez na adolescência, uma vez que os índices mais elevados estão na faixa etária de 15 a 29 anos.

Palavras-Chave: Sífilis. Sífilis em gestantes. Incidência de sífilis. *Treponema pallidum*. DST's.

INCIDENCE OF GESTATIONAL SYPHILIS IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL-PR

ABSTRACT

Objectives: To investigate the incidence of notification of gestational syphilis cases in the municipality of Cascavel-PR, in order to show the population the significant increase in cases of this disease that is becoming a national epidemic. **Methods:** The present bibliographic descriptive, exploratory, qualitative and quantitative research, being elaborated from the reading and analysis of approximately 20 articles, contents in books and database of the Ministry of Health. The data collection will be given from the descriptors: syphilis, syphilis in pregnant women, incidence of syphilis, *Treponema pallidum*, STDs, on the research platforms: google academic, pubmed, scielo, Ministry of Health and books. All data will be collected and analyzed from the compilation for further discussion. **Final considerations:** Observing the data collected in the Ministry of Health of Brazil database, we could verify that the increase in the rate of notification occurred due to several factors, including unprotected sex, incomplete prenatal care, lack of adherence of the partner to the indicated treatment, and lack of the main drug for treatment. We believe that one of the problems that only increases the cases is in primary care, where there is a lack of active nursing activity in the active search of pregnant women, in health education, especially in schools, in which, besides highlighting the risks of STDs, it would be preventing pregnancy in the adolescence, since the highest rates are in the age group of 15 to 29 years. Key words: Syphilis, syphilis in pregnant women, incidence of syphilis, *Treponema pallidum*, STDs.

KEYWORDS: Syphilis. Syphilis in pregnant women. Incidence of syphilis. *Treponema pallidum*. STDs.

1. INTRODUÇÃO

¹ Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Email: dhaybergamasco@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Email: silvana_zanatta@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestranda, docente do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Email: carneiro@fag.edu.br

O que impulsionou a realização deste trabalho foi à busca em analisar o aumento do índice de notificações de sífilis gestacional e a percepção das pessoas frente essa doença que tem se tornando um problema de saúde pública. Para isso, foram pesquisados coletados números no banco de dados do Ministério da Saúde para discutir o que levou o aumento de casos em gestantes.

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é de fácil diagnóstico, tratamento e prevenção, porém ainda se trata de um problema grave de saúde pública no Brasil.

Mesmo o tratamento e prevenção sendo de baixo custo, ainda se vê um aumento da incidência de casos, principalmente em gestantes, onde muitas vezes, só é diagnosticada durante o pré-natal.

Doença de transmissão transplacentária em qualquer momento da gestação traz sérios problemas se não tratada corretamente, podendo ocasionar aborto, além de o feto poder nascer com surdez, hidrocefalia, cegueira, retardo mental, entre outras sequelas.

Para retirar a sífilis da lista das doenças que causam prejuízo à saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), determina que a incidência seja de menos de um caso para cada mil nascidos vivos/ano.

Durante o pré-natal devem-se solicitar os exames preconizados, e se em algum dos trimestres, sífilis for reagente, incentivar o tratamento correto, explicando as possíveis consequências do não tratamento, além de salientar que o parceiro deve realizar o tratamento em conjunto, pois pode acontecer a reinfecção pela bactéria.

Para tanto, o presente artigo foi desenvolvido objetivando averiguar o aumento de casos notificados em gestantes e promover uma reflexão sobre o tema abordado e a importância do tratamento adequado da gestante e de seu parceiro e também salientar a prevenção para não haver reinfecção da mesma.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, exploratória, qualitativa e quantitativa, sendo elaborada a partir da leitura e análise de aproximadamente 20 artigos, conteúdos em livros e banco de dados do Ministério da Saúde entre os anos de 2012 e 2015. O levantamento de dados se dará a partir dos descritores: sífilis, sífilis em gestantes, incidência de sífilis, *Treponema pallidum*,

DST's, nas plataformas de pesquisa: Google acadêmico, pubmed, scielo, Ministério da Saúde e livros. Todos os dados foram coletados e analisados a partir da compilação para discussão.

A pesquisa demonstrou que o perfil predominante dos casos é: em gestantes com idade entre 15 a 29 anos, detectados normalmente no primeiro trimestre, o tratamento mais utilizado e mais eficaz é a penicilina benzatina 1.200.000 UI.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sífilis

Existem relatos da existência da sífilis há mais de 500 anos, após o descobrimento da América, há descrições da presença da sífilis na Europa que se misturam com a sua existência no Velho Continente, houve uma pandemia com quadro clínico fatal no estágio secundário (GARCIA, 2009).

Em 1905 Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman descobriram o agente etiológico da sífilis, que foi denominado como *Treponema pallidum*. Em 1906 foi disponibilizado o primeiro teste de sorologia para sífilis (BRASIL, 2009).

Não se trata apenas de uma doença sexualmente transmissível (DST), apesar de muitas pessoas terem esse conceito, é uma enfermidade causada pelo *Treponema pallidum* que é uma bactéria gram-negativa, transmitida através de relações sexuais, via transplacentária e transfusão sanguínea, a infecção por acidente biológico é pouco comum. Em 60% dos casos a contaminação se dá por via sexual. O período de incubação é em média de 21 dias, mas dependendo da virulência e resposta imunológica do hospedeiro pode-se levar de 10 a 90 dias após contaminação (BRASIL, 2006).

Através das mucosas ou pele o agente etiológico penetra atingindo a corrente sanguínea e os vasos linfáticos difundindo-se rapidamente. Dentre as três subespécies da espécie *Treponema pallidum* (*pallidum*, *pertenue* e *carateum*) a *pallidum* é a mais importante devido a: transmissão sexual, parenteral e vertical; evolução crônica de forma inaparente; a forma congênita grave; ao caráter cosmopolita; por não ocorrer imunidade protetora; por apresentar elevada virulência e capacidade de invasão (RIVITTI, 1999).

A sífilis é classificada em: sífilis primária que compreende as três semanas após a contaminação, acompanhada de uma lesão rosada, indolor chamada de cancro, desaparecendo espontaneamente. Já a sífilis secundária caracteriza-se pelo desaparecimento do cancro e de 2 a 8 semanas aparece o exantema que afeta o tronco e principalmente as palmas das mãos e plantas dos pés. Os sintomas podem incluir aumento dos linfonodos, alopecia, febre, emagrecimento, artrite, meningite, indisposição. Após a sífilis secundária, existe um período chamado de sífilis latente onde a pessoa doente não apresenta nenhum sinal ou sintoma e esse período de latência pode ser interrompido se houver uma nova contaminação pela sífilis secundária. E finalmente a sífilis terciária que apresenta uma progressão lenta, podendo afetar vários órgãos, tendo como manifestações clínicas a aortite e neurosífilis, levando a demência, psicose, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite. Entre 20% a 40% das pessoas contaminadas não apresentam sintomas nessa fase final (SMELTZER; BARE, 2005).

3.2 Sífilis Gestacional

Quando uma gestante tem em sua corrente sanguínea o agente etiológico da sífilis, o agente atravessa a barreira transplacentária e entra também na corrente sanguínea do feto. Se a gestante tiver sido contaminada recentemente, mais *Treponemas pallidum* estarão em sua corrente sanguínea, sendo assim, o comprometimento fetal será mais grave. Cerca de 70% a 100% é a variação de acometimento do feto dependendo do trimestre da gestação e da fase da infecção (BRASIL, 2006).

A transmissão da sífilis para o feto pode ocorrer em qualquer período da gestação. Se não houver um tratamento correto, o bebê pode nascer com sífilis congênita que incluem alguns problemas, tais como: natimortalidade, abortamento, prematuridade, cegueira, surdez, hidrocefalia, entre outras sequelas. Também pode acontecer de o bebê nascer aparentemente saudável e depois desenvolver sinais clínicos da doença. Durante o tratamento é importante salientar a gestante a necessidade de seu parceiro ser tratado simultaneamente, explicando que caso isso não aconteça, ocorrerá a reinfecção, podendo ocasionar diversas complicações no bebê (BRASIL, 2006). Segundo Valderrama:

A sífilis congênita (SC) permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países da América Latina. Dados nacionais revelam a ocorrência de 54.141 casos de sífilis congênita no período de 2000 a junho de 2010, com uma incidência, em 2009, de 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos no país. Considerando os resultados do último estudo

sentinela realizado em 2004, que encontrou uma prevalência de sífilis na gestação de 1,6%, estima-se uma subnotificação de 67% dos casos de SC a cada ano, indicando uma situação ainda mais grave. (VALDERRAMA, 2004 p. 211-217).

Mensalmente são pedidos exames para controle da doença. Se a titulação aumentar em vez de diminuir, é um sinal de que precisa de um novo tratamento ou o parceiro não fez em conjunto com a gestante. A primeira medicação de escolha para o tratamento é a penicilina. Caso seja inviável, é contraindicado o uso de tetraciclina, doxicilina e estolato de eritromicina, pois podem causar sérios danos ao bebê. Nesse caso, deverão ser tratadas com eritromicina (estearato) 500mg, por via oral, o período varia de acordo com a condição da sífilis. Porém, não se considera devidamente tratada, tendo obrigatoriedade na investigação e tratamento da criança (BRASIL, 2012).

Os profissionais que atuam na atenção básica devem acolher a gestante logo no início da gestação, realizando o cadastro do pré-natal, solicitando os exames preconizados e se disponível na unidade, realizar o teste rápido de sífilis. Caso o resultado seja positivo, encaminhar a gestante para consulta médica para início imediato do tratamento. É importante incentivar a gestante fazer o tratamento corretamente em conjunto com seu parceiro e executar o preenchimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de sífilis em gestante (CURITIBA, 2004).

Importante lembrar que caso seja de conhecimento da gestante no início do pré-natal histórico de sífilis tratada ou não, o teste rápido não é necessário, pois uma vez diagnosticada, o resultado sempre será positivo. Nesse caso, realizar VDRL quantitativo para avaliar titulação e assim verificar a necessidade ou não de tratamento (BRASIL, 2012).

3.3 Ações de enfermagem

A atenção básica de saúde precisa criar estratégias para captar as gestantes precocemente, ou seja, no primeiro trimestre para que se tenha um pré-natal de qualidade, esse seria o primeiro passo (BRASIL, 2012). A busca ativa é um trabalho fundamental do enfermeiro, instrumento que proporciona maior vínculo da equipe com a gestante e sua família e também auxilia na adesão do parceiro ao tratamento, evitando assim sífilis congênita (Leitão et al, 2009).



Quando o resultado do exame laboratorial for positivo, cabe ao enfermeiro realizar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que foi introduzida como obrigatória a partir de 2005 (BRASIL, 2009).

Também é extremamente importante o enfermeiro dar orientações, palestras educativas na própria unidade básica para prevenção da sífilis, falando da necessidade do uso do preservativo em todas as relações, alertando que ao adquirir sífilis, as chances de contaminação por HIV aumentam. Aconselhar a realização dos exames de sorologia nas mulheres em idade fértil e seus companheiros antes de engravidar, caso demonstrem esse interesse, pois esse seria o momento oportuno para realização dos testes (BRASIL, 2012). Segundo Severino e Oliveira:

Assim, no tocante às atribuições do profissional enfermeiro, utilizando-se do contato mais próximo desse com a população, em virtude de suas funções, que acabam por proporcionar esse vínculo maior, cabe o reforço de ações de prevenção e diagnóstico o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de informar às gestantes o direito que elas têm de realizar os testes que detectam a sífilis e quantas vezes são necessários no período gestacional. (SEVERINO, 1998 p. 11-40).

Cabe também salientar a importância da atuação do enfermeiro nas escolas, realizando palestras educativas, captando adolescentes e esclarecendo dúvidas quanto à prevenção de DST's e conseqüentemente, prevenindo a gravidez na adolescência. Entretanto, pode haver dificuldade para realizar essa atividade em escolas, tendo em vista que muitos pais entendem que essas palestras servem para incentivar as relações sexuais, tendo então, o enfermeiro explicar e salientar a importância de temas como sexualidade e DST's seja abordado tanto em casa quanto na escola, onde é possível verificar que quanto mais informações e mais esclarecimentos nessa fase da vida que é de descobertas, mais conscientes eles estarão. Sendo assim, o enfermeiro além de lidar com os questionamentos dos adolescentes, tem que ter argumentos científicos para conversar com os pais. A atuação do enfermeiro é extremamente importante, tanto dentro da unidade básica com as gestantes, fazendo busca ativas entre outros, quanto nas escolas (SEVERINO, 1998).

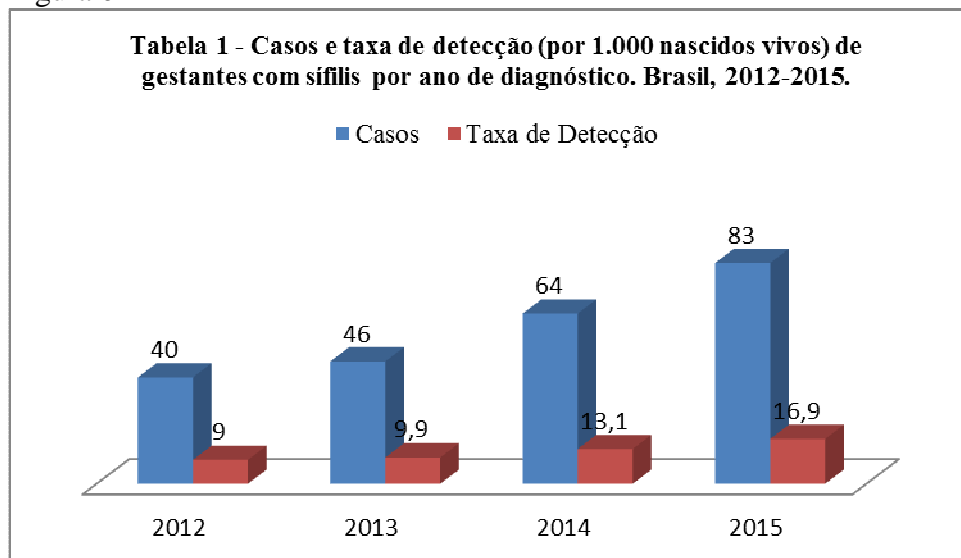
3.4 Planejamento familiar

Visto o aumento de notificações em gestantes, cabe salientar a importância da realização do planejamento familiar que segundo o parágrafo 77º do artigo 226 da Constituição Brasileira de 1988, o planejamento familiar é algo de livre vontade do casal, cabendo ao Estado fornecer as devidas informações e recursos para esse direito (BRASIL, 1988).

O planejamento familiar tem como objetivo dar o direito de as pessoas terem acesso a toda informação, recurso e assistência que oferece opção em ter ou não filhos, sem qualquer discriminação, objeção ou violência (BRASIL, 2002). Também é um método essencial de prevenção na atenção primária, pois quando a pessoa procura esse tipo de informação, demonstra que está preocupada com todas as dificuldades que possam surgir durante uma gravidez não planejada (CAMIÁ, 2001).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Figura 01

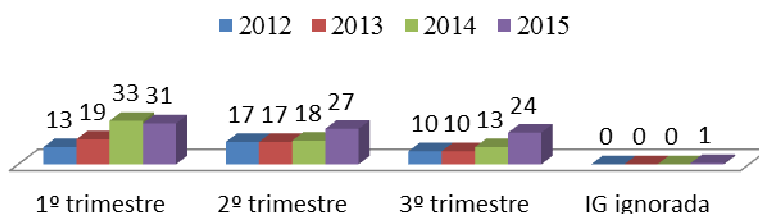


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Pode-se supor que o aumento dos casos de sífilis em gestantes pode estar ligado a não adesão dos parceiros ao tratamento indicado, ou mesmo da própria gestante. Também pode estar relacionado que a gestante não tenha um parceiro fixo ou que ela não tenha realizado o pré-natal corretamente.

Figura 02

Tabela 2 - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2015.

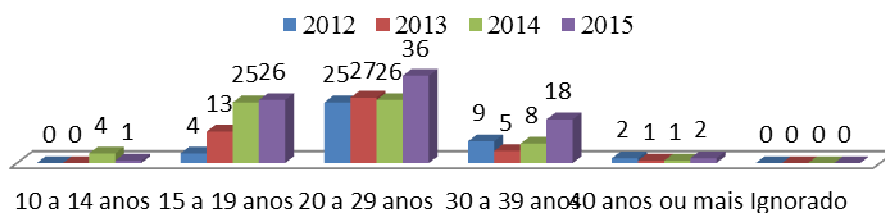


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Observou-se que o período de gestação onde as taxas de notificações são maiores é no primeiro trimestre, o que pode indicar que as gestantes estão procurando atendimento assim que se confirma a gravidez.

Figura 03

Tabela 3 - Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2015.

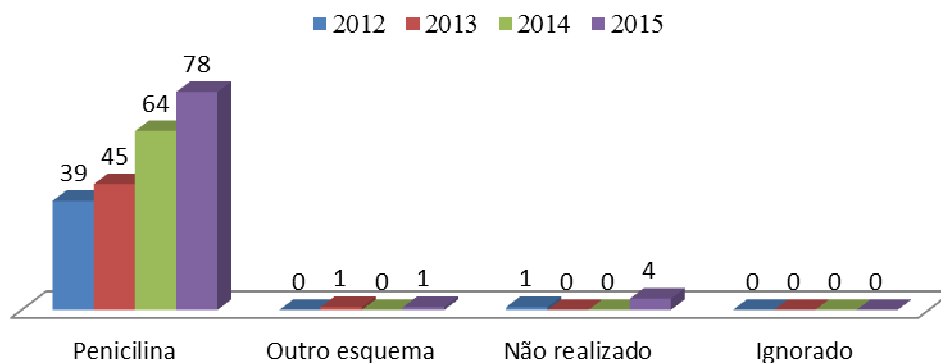


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

A faixa etária mais notificada está entre 15 a 29 anos, podendo supor que adolescentes e jovens adultos deixaram de se preocupar com DST's. Os hábitos mudaram, existindo um maior número de parceiros sexuais dessas jovens, e antigamente HIV era a doença mais temida pelo seu índice de mortalidade, porém agora com os antirretrovirais e uma qualidade de vida razoável daqueles que possuem o vírus, o HIV e outras DST's deixaram de causar medo, fazendo com que não se previnam.

Figura 04

Tabela 4 - Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico. Brasil, 2012-2015.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

O esquema mais utilizado para tratamento é a penicilina injetável, onde só é possível usar outro tipo de tratamento quando impossível a administração da penicilina, porém, a gestante e seu bebê estarão em observação, pois constará que o tratamento não foi adequado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados que coletamos no banco de dados do MS, pudemos observar que entre 2012 a 2015 houve um aumento considerável de casos de sífilis gestacional notificados em Cascavel- PR, praticamente duplicou o número de casos.

Pode-se dizer que esse aumento é decorrente da falta do uso do preservativo, pois até pouco tempo atrás, havia um medo muito grande de se contrair HIV, agora com o medicamento antirretroviral fornecido pelo Governo e uma razoável qualidade de vida, os jovens perderam o medo de ter relações sem prevenção, o que pode ter acarretado no aumento dos casos, há a possibilidade desse aumento ser pela falta de um parceiro fixo ou também da falta do principal medicamento para o tratamento da sífilis a penicilina benzatina, que começou a faltar no mundo todo em 2014, o MS relata que essa falta do medicamento aconteceu por falta de matéria prima para produzir, com o aumento dos casos, a indústria, farmacêutica não conseguiu atender a demanda, e ficou desabastecida de matéria prima.

As mulheres em si são mais suscetíveis a contrair DST's, pela dificuldade de negociação do uso do preservativo com seu parceiro, por isso o diagnóstico também pode ser mais difícil, devido a doença ser assintomática na maioria das vezes e a gestante só descobrir quando inicia o pré-natal, isso também pode gerar um outro problema, o parceiro não aderir ao tratamento, acontecendo a

reinfecção da doença na gestante. Gerando assim outro problema, que é ainda mais assustador, o aumento de casos de nascidos com sífilis congênita, resultando em um alto custo de tratamentos para o governo, se tornando assim, um problema de saúde pública.

Há também a questão da falta de educação em saúde, a atenção básica de saúde não tem conseguido realizar atividades de educação em saúde, isso pode estar acontecendo pela falta de funcionários necessários para esse programa onde na maioria das vezes a atenção primária se preocupa somente com o tratamento e não com a prevenção, a demanda na atenção básica aumentou e o número de funcionários não, os colaboradores podem não estar sendo atualizados sobre o tema, não sendo possível a realização de palestras e alertando sobre essa epidemia.

A maior parte dos casos é observada em jovens, que na busca incessante de divertimento, fazem uso de aplicativos de encontros, onde citadas em pesquisas que foi um dos fatores contribuintes para o aumento desse índice.

Em vista desses resultados o presente estudo nos proporcionou concluir e identificar que a falta de esclarecimento sobre o tema abordado faz com que essa epidemia só tende a crescer, pois há falha na principal porta de entrada da saúde pública do município, a atenção primária. Vimos que há necessidade de o enfermeiro ser mais ativo na educação em saúde, participando na comunidade e atuando nas escolas com os adolescentes que são uns dos alvos principais, tendo em vista que a faixa etária predominante notificada está entre 15 a 29 anos, com a abordagem nas escolas alertando sobre DST's concomitantemente evitando a gravidez precoce e a disseminação das DST's.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: manual para o gestor**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/AIDS, Hepatites e Outras DST**. Caderno de Atenção Básica nº 18. Brasília, 2006. p. 196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso, 2ª ed. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Séries Manuais n.78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 77, de 12 de janeiro de 2012. **Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico. Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> acesso em: 11 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/AIDS, Hepatites e Outras DST. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>, acesso em: 13 Set. 2017.

CAMIÁ G. E. K., MARIN, H. F., Barbieri M. **Diagnósticos de enfermagem em mulheres que freqüentam serviço de planejamento familiar**. Rev Latina- Enfermagem 2001. Março 9(2): 26-6.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana**. Curitiba; 2004.

FRANÇA, I. S. X. DE et al. **fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pre-natal**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 3, p. 374–381, 2015.

GARCIA, F. L. B. **Prevalência De Sífilis Em Adolescentes E Jovens Do Sexo Feminino No**

Estado De Goiás. 2009. p. 78.

LEITÃO, E. J. L; *et al.* **Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF.** Com. Ciências Saúde. 2009; 307-314.

OLIVEIRA MLC, Lopes LAB. **Situação epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no DF.** Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>, acesso em: 03 out. 2017.

RIVITTI, EA. Sífilis Adquirida. In: Walter Belda Júnior. **Doenças Sexualmente Transmissíveis.** São Paulo: Atheneu; 1999. p. 9-21.

SEVERINO AJ. **O conhecimento pedagógico e a interdisciplinaridade: o saber como intancionalização da prática.** In: Fazenda I, organizador. Didática e interdisciplinaridade. São Paulo: Papirus; 1998. p. 11-40.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. Ed. {S.1.}: Guanabara Kaogan, 2005. V. 2.

VALDERRAMA J, Zacarias F, Mazin R. **Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de solución sencilla.** Rev Panam Salud Publica 2004 16(3):211-217.