

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

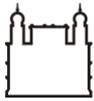


**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA**

SHEILLA CARVALHO ARAUJO SOUSA

**SÍFILIS EM GESTANTE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI:
SÉRIE HISTÓRICA DE 2010 A 2015**

Camaçari
2017



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



SHEILLA CARVALHO ARAUJO SOUSA

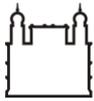
**SÍFILIS EM GESTANTE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI:
SÉRIE HISTÓRICA DE 2010 A 2015**

Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FESF-SUS/FIOCRUZ apresentado à banca examinadora para apreciação.

Orientador (a): Joseth Cléria Vieira Rodrigues.

Co-orientador (a): MSc. Marina Luna Pamponet.

Camaçari
2017



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



SHEILLA CARVALHO ARAUJO SOUSA

**SÍFILIS EM GESTANTE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI:
SÉRIE HISTÓRICA DE 2010 A 2015**

Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FESF-SUS/FIOCRUZ apresentado à banca examinadora para apreciação.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

RESUMO

Este estudo teve como objetivos descrever o perfil epidemiológico das gestantes notificadas com sífilis, além de identificar a taxa de detecção de sífilis em gestante e a incidência de sífilis congênita, em um município do estado da Bahia. Trata-se de estudo descritivo, cujas informações foram coletadas através das fichas de notificação de sífilis em gestante e sífilis congênita, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre 2010 e 2015. Das gestantes estudadas, a maioria era jovem (21 a 30 anos), pertencentes à raça negra e apresentaram baixo grau de escolaridade. Foi identificado um total de 204 gestantes notificadas com sífilis, ocorrendo um aumento na taxa de detecção, com destaque para os anos de 2014 e 2015. Dentre essas, 31 casos evoluíram para sífilis congênita, que apresentou incidência elevada se comparada à meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. A maioria das gestantes notificadas que tiveram desfecho em sífilis congênita (24/31) realizou pré-natal, porém apenas 19% tiveram seus parceiros tratados. Qualificar a assistência pré-natal é imprescindível para que medidas de prevenção e controle da doença sejam adotadas.

Palavras-chave: Sífilis; sífilis congênita; gestação; pré-natal.

ABSTRACT

This study objective was to describe the epidemiological profile of pregnant women with syphilis, in addition to identifying the detection rate of syphilis in pregnant women and the incidence of congenital syphilis in a city in the state of Bahia. It is a descriptive study, whose information were collected through the syphilis notification sheets in pregnant women and congenital syphilis, in the Information System of Notification of Injury, between 2010 and 2015. Of the pregnant women studied, the majority were young (21 to 30 years old), belonging to the black race and presented low level of schooling. A total of 204 pregnant women with syphilis were identified, with an increase in the detection rate, especially in the years 2014 and 2015. Of those, 31 cases progressed to congenital syphilis, which had a high incidence compared to the goal set by the World Health Organization. Most of the pregnant women who had an outcome in congenital syphilis (24/31) performed prenatal care, but only 19% had their partners treated. Qualifying prenatal care is essential if measures are to be taken to prevent and control the disease.

Keywords: Syphilis; congenital syphilis; gestation; prenatal care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4.1 Sífilis em gestante	11
4.2 Sífilis congênita	13
5 CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são consideradas um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido sua alta incidência na população em idade reprodutiva, podendo acarretar complicações físicas, psicossociais e econômicas nesses indivíduos (DORETO; VIEIRA, 2007). Destacando-se a sífilis, uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, conhecida desde o século XV (REZENDE; MONTENEGRO, 2010).

A sífilis tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*, cuja transmissão ocorre pelas vias sexual e transplacentária, essa última, durante a gestação. Apresenta diversas manifestações clínicas, caracterizada por períodos de atividade e latência, podendo ser classificada em primária, secundária e terciária (REZENDE; MONTENEGRO, 2010).

Na sífilis primária pode ocorrer presença de cancro duro na região genital, em ambos os sexos, associado ou não à adenopatia, enquanto a secundária é caracterizada por lesões cutâneo-mucosas generalizadas em outras partes do corpo. Após o primeiro ano de evolução da infecção ocorre a forma terciária onde além das lesões, pode haver comprometimento dos sistemas neurológico, cardiovascular e músculo-esquelético (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis em gestantes demanda intervenção imediata, tendo como principal objetivo, reduzir a chance de transmissão vertical (BRASIL, 2013a). A sífilis na gestação, quando não tratada, pode resultar na sífilis congênita, que tem dentre as possíveis consequências, o abortamento espontâneo e a morte perinatal do recém-nascido (SONDA et al., 2013).

Atualmente, existem algumas opções de tratamento para a sífilis, sendo a Penicilina a droga mais eficaz. O diagnóstico pode ser feito através de testes laboratoriais e complementados com outros exames, como coleta de líquido e radiografia (CAVALCANTE et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), os profissionais da atenção básica devem estar preparados para realizar o diagnóstico e tratamento da sífilis, além de promover medidas de prevenção e disponibilização de insumos. Tais medidas devem ser adotadas desde o planejamento reprodutivo, possibilitando a investigação para sífilis para o casal, até o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal (BRASIL, 2010).

A vigilância da sífilis é fundamental para que medidas de monitoramento e prevenção sejam adotadas (BRASIL, 2009). Sendo que no Brasil, desde 1986 a sífilis congênita é considerada uma doença de notificação compulsória para a vigilância epidemiológica, devendo ser investigados os casos de crianças nascidas de mães diagnosticadas com sífilis, bem como os indivíduos menores de 13 anos com suspeita da doença (BRASIL, 2006). Enquanto que a sífilis em gestante foi incorporada a lista de doenças de notificação compulsória através da Portaria nº 33, de 14 de junho de 2005, sendo de responsabilidade de todos os profissionais de saúde (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Embora a sífilis seja bastante conhecida, de fácil diagnóstico e com tratamento estabelecido, o cenário continua preocupante e por esse motivo ainda é considerada um grave problema de saúde pública (MAGALHÃES et al., 2013). Segundo informações do DATASUS, no Brasil foram notificados 6.709 casos de sífilis em gestantes e 4.877 casos de sífilis congênita no ano de 2013, o que confirma a necessidade de maior controle deste agravo.

No mesmo período, foram registrados 408 casos de sífilis em gestantes e 274 casos de sífilis congênita no estado da Bahia (BRASIL, 2013b). De acordo com os dados apresentados no Fórum da Rede Cegonha, sobre o município de Camaçari, observa-se que se trata de um agravo recorrente em seu território como um todo.

Diante a relevância do tema para a saúde pública e da ausência de publicações sobre a caracterização das sífilis na gestação e congênita no município de Camaçari, torna-se esse trabalho de conclusão de residência importante na colaboração para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle desse agravo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico das gestantes notificadas com sífilis no município de Camaçari, no período de 2010 a 2015.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a taxa de detecção/notificação de sífilis em gestantes;

Determinar a incidência de sífilis congênita na população de nascidos vivos;

Identificar a proporção de gestantes notificadas com sífilis, cujos recém-nascidos apresentaram sífilis congênita;

Caracterizar o tratamento de sífilis nas gestantes que resultaram em sífilis congênita.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional descritivo, cujos dados utilizados são provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN do município de Camaçari - Bahia, no período de 2010 a 2015. Este município está localizado na região Metropolitana e a população estimada é de 292.074 habitantes (IBGE, 2010).

Foi realizado levantamento de dados, através das informações contidas nas fichas de notificação de sífilis em gestante e sífilis congênita, extraídas do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) local, além de dados extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município estudado, mediante autorização do secretário de saúde, por meio da emissão de Carta de anuência.

Por se tratar de dados secundários e tendo em vista que as informações disponibilizadas não apresentam identificação pessoal, não foi necessária submissão ao comitê de ética. Todos os cuidados para a proteção do sigilo sobre os seres humanos envolvidos na pesquisa foram tomados e seus dados analisados em conjunto; nenhum dos resultados encontrados foi expresso de maneira individual ou nominal.

Para levantamento dos dados foram adotados os seguintes critérios de inclusão: fichas de notificação para sífilis em gestantes, de qualquer faixa etária, residentes em Camaçari, notificadas em qualquer município, no período compreendido entre janeiro de 2010 a dezembro de 2015; fichas de notificação de sífilis congênita, residentes em Camaçari, no período estudado. Foram excluídas as informações compiladas fora do período estabelecido; fichas de gestantes e congênitas residentes em outros municípios.

Neste estudo, os dados coletados foram estratificados para análise e discussão com as seguintes variáveis:

- Características sociodemográficas: as gestantes notificadas com sífilis foram classificadas segundo a escolaridade, raça/cor e faixa etária, informadas no momento da notificação;

- Taxa de detecção de sífilis em gestante: foi utilizada uma aproximação da população exposta (número de gestantes notificadas com sífilis na gestação no ano / número de nascidos vivos no ano)*1000;

- Incidência de sífilis congênita: para o cálculo de incidência foi utilizado (número de recém-nascidos notificados com sífilis congênita no ano / número de nascidos vivos no ano)*1000;

- Proporção de gestantes notificadas com sífilis, cujos recém-nascidos apresentaram sífilis congênita: a proporção foi obtida através do (número de recém-nascidos notificados com sífilis congênita no ano / número de gestantes notificadas com sífilis na gestação no ano)*100;

- Características do manejo de sífilis nas gestantes que resultaram em sífilis congênita: foram verificadas algumas condições desses casos, como a realização do pré-natal, o momento da detecção da sífilis na gestante, os exames realizados pelas gestantes que fizeram pré-natal, além da realização do tratamento dos parceiros das gestantes.

<p>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ESCOLARIDADE: Analfabeto; Ensino Fundamental; Ensino Médio e Superior. • RAÇA/COR: Preta; Branca; Amarela; Parda. • FAIXA ETÁRIA: 10 a 20 anos; 21 a 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos.
<p>TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos notificados de sífilis em gestantes, por ano; • Taxa de detecção (por 1000 nascidos vivos), por ano.
<p>INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos notificados de sífilis congênita, por ano; • Incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos), por ano.
<p>PROPORÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA / SÍFILIS EM GESTANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos notificados de sífilis congênita na população de gestantes notificadas com sífilis, por ano.
<p>MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTE QUE RESULTOU EM CONGÊNITA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL: Sim; Não. • MOMENTO DETECÇÃO: Durante o pré-natal; No momento do parto/curetagem; Após o parto; Não Realizado; Ignorado. • EXAMES REALIZADOS NO PRÉ-NATAL: Não treponêmico; Treponêmico; Ambos; Nenhum. • TRATAMENTO DO PARCEIRO: Sim; Não; Ignorado.

Figura 1. Descrição das variáveis utilizadas neste estudo.

Foi utilizado o programa computacional Microsoft Excel para o gerenciamento dos dados obtidos, assim como para a construção de gráficos e tabelas, sendo utilizada estatística simples para cálculo de incidência e porcentagem.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Sífilis em gestante

No período do estudo foram identificados 204 casos de sífilis em gestantes, residentes em Camaçari, notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A Tabela 1 mostra a distribuição das gestantes notificadas de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Em relação à escolaridade, o número de gestantes que, no momento da notificação, declarou possuir somente o ensino fundamental corresponde a 43% (87/204), o que reflete baixa escolaridade. O maior percentual de gestantes pertence à raça negra (pretos e pardos); e com relação à faixa etária, foi observado que a maioria possui entre 21 e 30 anos, semelhante aos resultados encontrados no estudo transversal realizado por Campos et al (2010).

Estudo realizado por Magalhães e colaboradores (2013) demonstrou que a sífilis em gestantes vem sendo associada ao baixo nível socioeconômico, através de marcadores, como baixa renda e baixa escolaridade. Tais autores apontam que em decorrência das fragilidades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, por essa parcela da população, temos uma assistência pré-natal muitas vezes deficiente para essas mulheres, acarretando na persistência da transmissão vertical (MAGALHÃES et al., 2013).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes notificadas com sífilis, no município de Camaçari, 2010 a 2015.

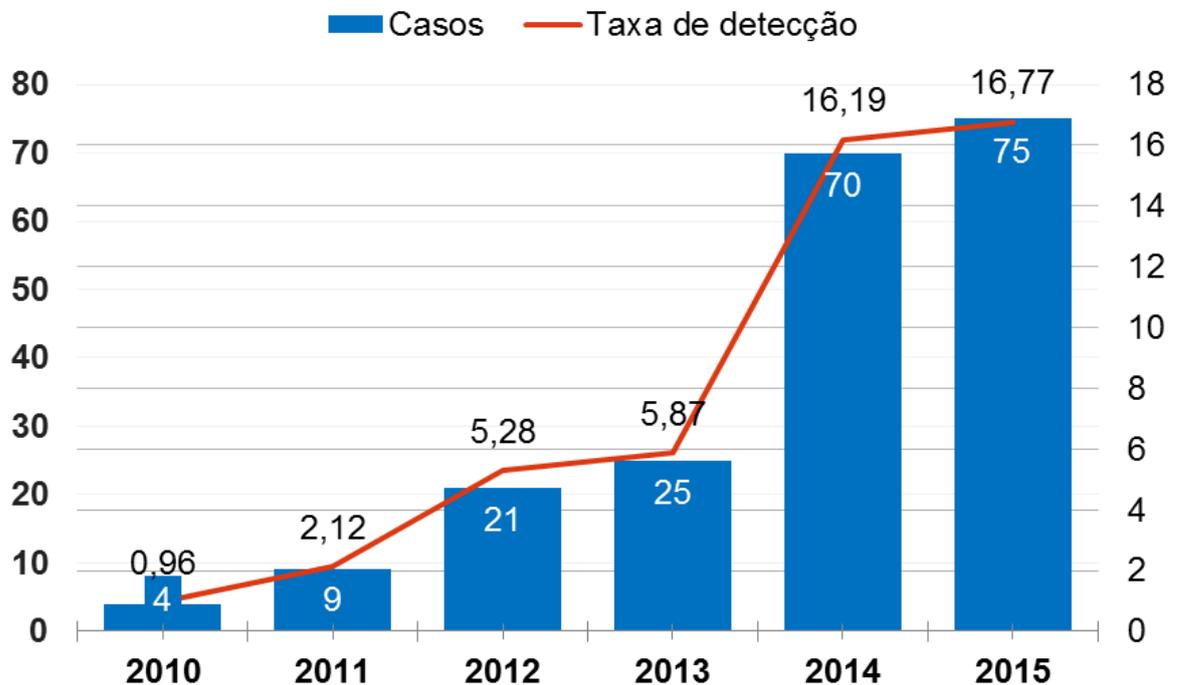
VARIÁVEL	n = 204	%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	12	06%
Ensino Fundamental	87	43%
Ensino Médio e Superior	60	29%
RAÇA/COR		
Preta	33	16%
Branca	14	07%
Amarela	02	01%
Parda	139	68%
FAIXA ETÁRIA		
10 a 20 anos	64	31%
21 a 30 anos	87	43%
31 a 40 anos	50	25%
41 a 50 anos	03	01%

Fonte: PMC/ SESAU/ CICS/ SINAN/SINASC

Foi observado que no período de 2010 a 2015 houve um crescimento no número de casos e um aumento na taxa de detecção, com destaque para os anos de 2014 e 2015 que apresentaram os maiores índices de sífilis em gestante, como pode ser observado no Gráfico 1.

Contraditoriamente à tendência observada neste estudo, uma análise realizada por Santos et al (2015) em outro município baiano, verificou uma redução da frequência de sífilis em gestante, num período de quatro anos, associando esse resultado ao fortalecimento das ações de controle e melhoria da assistência pré-natal.

Gráfico 1 – Número de casos notificados e Taxa de detecção (por 1000 NV) de Sífilis em gestante, por ano diagnóstico. Camaçari – 2010 a 2015.



Fonte: PMC/ SESAU/ CICS/ SINAN/SINASC

O município conta com uma Câmara Técnica de Enfrentamento a Sífilis Materna e Congênita, oficializada através da Portaria 005/2013 de 05 de março de 2013, sendo composta por representantes da Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, Saúde do Homem, CRES, Atenção Hospitalar e Informação em Saúde, tendo como objetivo propor ações de combate e controle a sífilis.

Desse modo, observa-se que o aumento da taxa de detecção, mencionado acima, pode estar relacionado ao trabalho desenvolvido pela referida Câmara Técnica, que implementou durante esse período, algumas estratégias como a oferta de cursos e treinamentos sobre o manejo da sífilis para os profissionais da Atenção Básica, além da implantação dos testes rápidos, imunocromatografia, e da triagem pré-natal, papel filtro, preconizados pelo Ministério da Saúde, ampliando as possibilidades de diagnóstico da sífilis.

4.2 Sífilis congênita

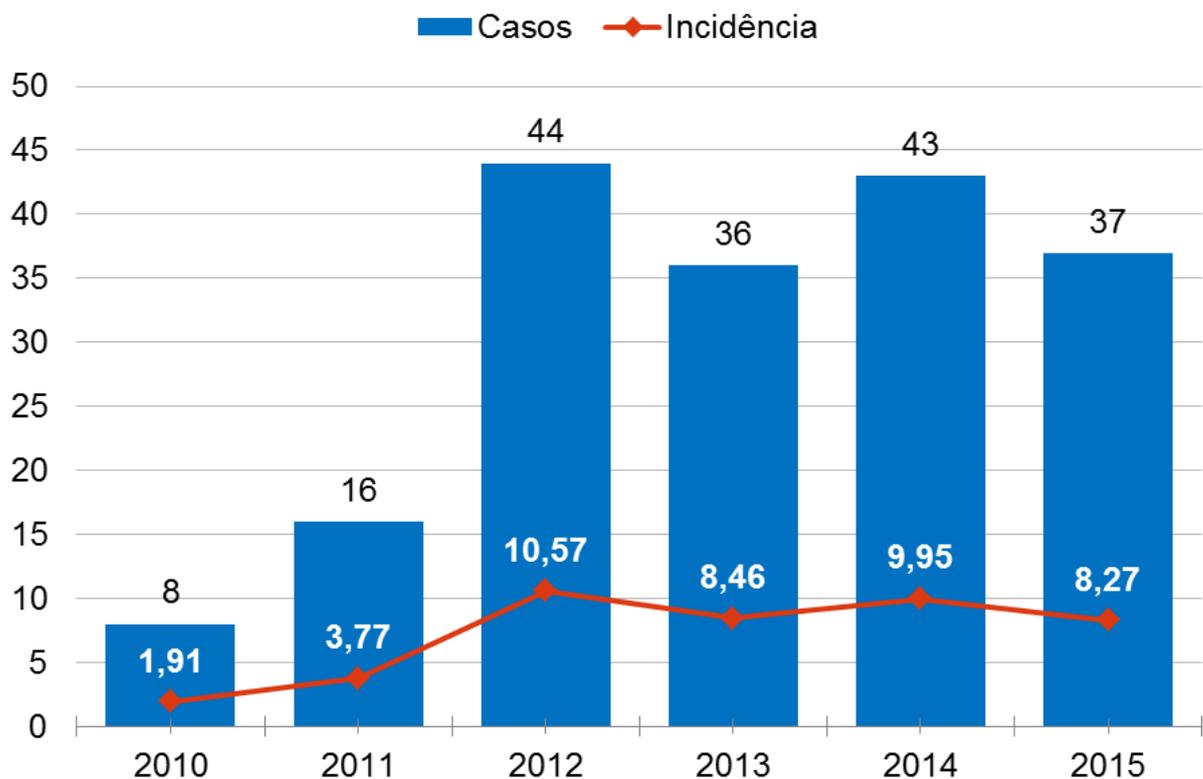
Em todo período estudado, a taxa de incidência de sífilis congênita foi muito superior à meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, que é de 0,5 caso

a cada mil nascidos vivos, até o ano de 2015 (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Como pode ser observado no Gráfico 2, os maiores valores encontrados ocorreram nos anos de 2012 (10,57 casos/1.000 NV) e 2014 (9,95 casos/1.000 NV), respectivamente.

Somente no ano de 2010, a taxa de sífilis congênita se aproximou da meta apontada, no entanto, atribui-se esse valor a um problema enfrentado pela maioria dos municípios brasileiros, a subnotificação do agravo, que progrediu, no município estudado, a partir de 2013, após a atuação da Câmara Técnica, discutida acima.

O controle da sífilis congênita tem sido um desafio em todo o país, altas taxas de incidência são demonstradas em diversos estudos, como foi apontado no município do Rio de Janeiro, cuja incidência de sífilis entre 2007 e 2008 foi de seis por 1.000, com taxa de transmissão vertical de 34,8% (DOMINGUES et al., 2013).

Gráfico 2 – Incidência de sífilis congênita, por ano diagnóstico. Camaçari – 2010 a 2015.



Fonte: PMC/ SESAU/ CICS/ SINAN/SINASC

A sífilis congênita ocorre quando o *Treponema pallidum* se dissemina por meio da corrente sanguínea da gestante que apresenta sífilis, e que não é tratada ou é inadequadamente tratada, atingindo o conceito via transplacentária, podendo ser transmitida em qualquer idade gestacional ou fase clínica da doença (REZENDE; MONTENEGRO, 2010). Estudos apontam que quanto mais recente a infecção da gestante, maior é o risco de comprometimento fetal, sendo que a taxa de infecção do feto pode atingir 70% a 100% de mulheres não tratadas (DOMINGUES; LEAL, 2016).

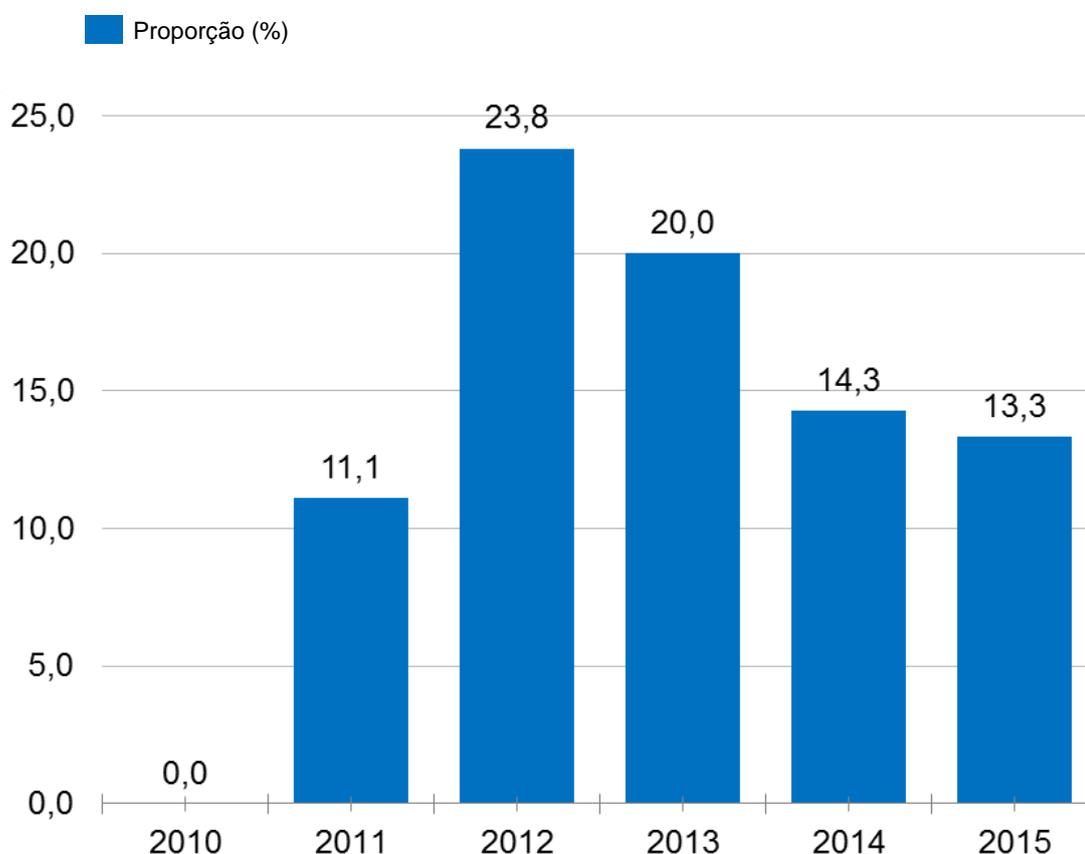
Além da via transplacentária, a criança pode adquirir a infecção de forma direta, através do contato com lesões genitais durante o parto. A possibilidade de transmissão durante a amamentação ocorrerá somente na presença de lesão mamária sífilítica (SONDA et al., 2013).

No total de 204 gestantes notificadas com sífilis, 31 tiveram desfecho em sífilis congênita, notificadas entre 2010 e 2015, o que representa, de forma geral, uma proporção de aproximadamente 15%. Estudo semelhante, realizado em Belo Horizonte, verificou um percentual de 33,4% de gestantes com desfecho em sífilis congênita, estando acima dos valores encontrados nessa pesquisa (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

O Gráfico 3 mostra a proporção de gestantes notificadas com sífilis, cujos recém-nascidos apresentaram sífilis congênita, por ano diagnóstico. Os maiores valores percentuais foram identificados nos anos de 2012, com aproximadamente 23,8% (5/21) e em 2013, com 20% (5/25). Campos et al (2010) destaca que a taxa de transmissão vertical no Brasil é de 25%, estando acima da média encontrada em outros países da América Latina.

A taxa de sífilis congênita é considerada um importante indicador de qualidade da assistência pré-natal, desse modo, o aumento do número de casos está diretamente associado às falhas inerentes ao processo de atenção ao pré-natal, principalmente, no âmbito da atenção básica (LORENZI; MADI, 2010).

Gráfico 3 – Proporção de gestantes com sífilis cujos recém-nascidos apresentaram sífilis congênita, por ano diagnóstico. Camaçari – 2010 a 2015.



Fonte: PMC/ SESAU/ CICS/ SINAN/SINASC

A Tabela 2 relaciona o manejo de sífilis nas gestantes que resultaram em sífilis congênita. Em 77% dos casos (24/31) as gestantes informaram, no momento da notificação, que realizaram acompanhamento pré-natal, sendo 71% (22/31) diagnosticadas nesse período, o que sugere baixa qualidade na assistência. O Ministério da Saúde considera acompanhamento adequado do pré-natal, as gestantes que realizam, no mínimo, seis consultas (BRASIL, 2005). Não foi possível verificar essa condição, devido à limitação das informações contidas nas fichas de notificação do SINAN.

A realização do exame laboratorial para sífilis é preconizada durante o pré-natal, no primeiro trimestre e repetido no início do terceiro trimestre da gestação, possibilitando tratamento precoce (SANTOS et al., 2015). Além disso, o Ministério da Saúde tem incentivado a realização dos testes rápidos, imunocromatografia, durante o pré-natal e no momento do parto nas maternidades (BRASIL, 2013a).

Neste estudo, observa-se que a maioria das gestantes, que resultaram em sífilis congênita, teve acesso a algum tipo de exame diagnóstico. No entanto, seis mulheres, o que corresponde a 19%, informaram não ter realizado nenhum exame para sífilis durante o pré-natal.

Tabela 2 – Características do manejo de sífilis nas gestantes que resultaram em sífilis congênita. Camaçari – 2010 a 2015.

VARIÁVEL	n = 31	%
REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL		
Sim	24	77%
Não	07	23%
MOMENTO DETECÇÃO		
Durante o pré-natal	22	71%
No momento do parto/curetagem	06	19%
Após o parto	01	3%
Não realizado	01	3%
Ignorado	01	3%
EXAMES REALIZADOS NO PRÉ-NATAL		
Não treponêmico	22	69%
Treponêmico	18	58%
Ambos	18	58%
Nenhum	06	19%
TRATAMENTO DO PARCEIRO		
Sim	08	26%
Não	18	58%
Ignorado	05	16%

Fonte: PMC/ SESAU/ CICS/ SINAN/SINASC

O manejo adequado da sífilis ocorre quando o diagnóstico é feito precocemente, possibilitando tratamento apropriado para a gestante e seu parceiro (DOMINGUES; LEAL, 2016). O tratamento da gestante é considerado adequado, quando é realizado com penicilina, tendo sido concluído até 30 dias antes do parto, de acordo com a classificação clínica da doença, devendo o parceiro sexual ser tratado de forma simultânea (LAFETÁ et al., 2016).

Conforme observado na Tabela 2, na população das gestantes que resultaram em sífilis congênita, somente 26% (8/31) tiveram seus parceiros sexuais tratados. Estudo realizado por Campos et al (2012) associou a dificuldade de tratamento do parceiro sexual à questões culturais do adoecer do homem, que por vezes,

responsabilizam apenas às mulheres pelo cuidado. Os autores relacionam ainda a uma deficiência nas políticas de saúde pública, que são em sua maioria, excludentes a essa população, ocasionando menor procura por assistência, se comparado às mulheres.

5 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a doença atingiu, em maior proporção, as gestantes jovens, negras e com baixo grau de escolaridade, demonstrando que as condições sociais podem ter influência direta na saúde da população.

Foi observado um aumento na taxa de detecção de sífilis em gestantes no período estudado. Sendo associado ao trabalho que vem sendo desenvolvido pela Câmara Técnica do município de Camaçari, que tem intensificado as ações para reduzir a subnotificação do agravo.

No entanto, observa-se que a incidência de sífilis congênita permaneceu elevada, ainda que a maioria das gestantes tenha recebido assistência pré-natal, sendo assim, verifica-se que a qualidade do atendimento não foi suficiente para garantir o controle da doença e atingir a meta estabelecida.

Desse modo, faz-se necessário um comprometimento por parte dos gestores, bem como dos profissionais da saúde para qualificar a assistência pré-natal e garantir que as medidas de prevenção e controle sejam efetivadas.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** v. 81, n. 2, p. 111-126. mar-abr, Rio de Janeiro, RJ: 2006.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** 1. ed. p. 8. Brasília, DF: 2005. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso.** 2. ed. p. 9. Brasília, DF: 2006. Disponível em: <

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_sifilis_bolso.pdf> Acesso em: 16 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília, DF: 2009. Caderno 6 – Sífilis em Gestantes. p. 55-60. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva.** 1. ed. Brasília, DF: 2010. Caderno 26 – Capítulo 10 – Falando sobre anticoncepção. p. 111-115; Capítulo 12 – Falando sobre concepção e infertilidade. p. 247-253. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf >. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional. 2010.** Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290570>> . Acesso em: 04 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** 1. ed. Brasília, DF: 2013a. Caderno 32. Parte 2 – Sífilis. P. 200-204. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidades,** 2013b. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 9, p. 1747-1755. set, Rio de Janeiro, RJ: 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 34, n. 9, p. 397-402. Rio de Janeiro, RJ: 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n9/a02v34n9.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. v. 24, n. 4, p. 239-245. Online: 2012. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n.1. fev, São Paulo, SP: 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en_19.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 32, n. 6. jun, Rio de Janeiro, RJ: 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

DORETO, D.T.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 23, n.10, p. 2511-2516. out, Rio de Janeiro, RJ: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/26.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol**. v. 19, n. 1, p. 63-74. jan-mar, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 23, n. 10, p. 647-652. Rio de Janeiro, RJ: 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 6, p. 1109-1120. jun, Rio de Janeiro, RJ: 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv.**

Saúde. v. 24, n. 4, p. 681-694. out-dez, Brasília, DF: 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00681.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SANTOS, G. C. et al. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas pelo sus em município da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 39, n. 3, p. 529-541. jul.set, Salvador, BA: 2015. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1758/pdf_641>. Acesso em: 13 dez. 2016.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública.** v. 28, n. 3, p. 490-496. mar, Rio de Janeiro, RJ: 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/09.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

SONDA, E. C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Rev Epidemiol Control Infect.** v. 3, n. 1, p. 28-30. Santa Cruz do Sul, RS: 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022/2649>>. Acesso em: 08 dez. 2016.