

PREVALÊNCIA DE SÍFLIS CONGÊNITA NO ESTADO DE ALAGOAS NOS ANOS DE 2007 A 2011

Íris Manuela Gomes de Siqueira¹
Maiane Pereira de Moraes²
Maria Rita Webster de Moura³
Ana Paula Miyazawa⁴
Alba Maria Bomfim de França⁵

Enfermagem



ISSN IMPRESSO 1980-1769
ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

Atualmente, as DSTs são consideradas, como um problemas de saúde. A Sífilis, dentro do grupo das DSTs, é uma doença infectocontagiosa sistêmica, e de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas pelo *Treponema pallidum*. Sua evolução é dividida em Precoce, Tardia e Latente. No período gestacional, a Sífilis pode ser transmitida ao feto por via vertical, aumentando o risco à saúde do conceito. Esta pesquisa apresenta uma análise histórica da Sífilis Congênita entre os anos de 2007 a 2011 no estado de Alagoas, identificando o número de casos do tipo de infecção, verificando em quais regiões foram mais acometidas por esse agravo e observar se no recorte histórico proposto houve alguma situação discrepante entre os anos estudados. Para tanto, optou-se para a realização dessa pesquisa, um estudo retrospectivo, descritivo de caráter quantitativo. Observou-se com o estudo um aumento do número de casos da Sífilis Congênita no estado, nos anos pesquisados, sendo esse aumento atribuído a Sífilis Congênita Precoce. Verificou-se também um aumento da Sífilis Gestacional, sendo a maioria desses diagnosticados apenas no momento do parto e após ele, o que impossibilita o tratamento e a consequente prevenção da Sífilis Congênita.

PALAVRAS-CHAVES

Doenças Transmissíveis. *Treponema Pallidum*. Sífilis Congênita.

Currently, STDs are considered as health problems. Syphilis, within the group of STDs, is a systemic infectious disease, and chronic disease, with cutaneous temporary, caused by *Treponema pallidum*. Its evolution is divided into Early, Late and Latent. During pregnancy, syphilis can be transmitted to the fetus via vertical, increasing the risk to the health of the fetus. This research presents a historical analysis of congenital syphilis in the years 2007 to 2011 in the state of Alagoas, identifying the number of cases of infection type, checking on which regions were most affected by this injury and to determine whether the proposed historical period there some dissimilar situation between the years was studied. Therefore, it was decided to conduct this research, a retrospective, descriptive of quantitative character. Was noted in the study an increase in the number of cases of congenital syphilis in the state in the years surveyed, and this increase was attributed to Early Congenital Syphilis. There was also an increase in gestational syphilis, the majority of those diagnosed only in the moment of the childbirth and after it, which make the treatment impossible and the consequent prevention of congenital syphilis.

KEYWORDS

Communicable Diseases. *Treponema Pallidum*. Congenital Syphilis.

1. INTRODUÇÃO

Em alguns estudos realizados nos últimos anos, mostram que as Doenças Sexualmente Transmissíveis – DSTs se tornaram um grande problema de saúde pública em alguns países desenvolvidos e subdesenvolvidos, devido ao aumento do número de pessoas infectadas por alguma DST. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1990, as DSTs se encontravam entre as principais causas, mais comuns na procura do serviço de saúde nos países desenvolvidos.

No mundo são notificadas aproximadamente 340 milhões de casos de DSTs curáveis como (sífilis, gonorreia e clamídia), sendo que dentro desses 340 milhões de casos, 12 milhões são notificadas apenas no Brasil, de acordo com a OMS (BRASIL, 2005).

Entre os grupos das DSTs que mais acometem a humanidade, encontra-se a Sífilis, doença crônica e infecciosa causada por uma espiroqueta *Treponema pallidum*, e conhecida mundialmente a mais 500 anos. Sua principal via de transmissão é a sexual, podendo ocorrer, também, verticalmente durante a gestação, dependendo da duração de exposição do feto no útero. Existem, também, outras formas de contaminação da Sífilis, como o aleitamento materno se a mama apresentar lesões, e a transfusão sanguínea, porém, muito rara nos dias de hoje (BRASIL, 2006, p. 9).

A Sífilis na gestação é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005 e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto. (BRASIL, 2007 apud MAGALHÃES, et al. 2011, p. 44).

A permanência de falhas nos serviços de saúde, especialmente na assistência ao pré-natal, contribuem conseqüentemente nos agravos dessa patologia. Pois medidas simples e eficazes que podem ser utilizadas durante a realização do pré-natal, tais como orientações, aconselhamento aos parceiros, incentivo ao uso de preservativos, e a educação em saúde, além da solicitação dos exames de rotina (teste de VDRL, no primeiro trimestre mesmo o resultado negativo, deve se repetir por volta da 28^a à 38^a semanas de gestação), são medidas preventivas que auxiliam para um melhor diagnóstico e possivelmente um tratamento adequado.

O que confirma o estudo realizado por Magalhães e outros autores (2011) em sua revisão sistemática, quando afirmam que:

A presença da infecção materna reflete uma falha no programa de DST/AIDS e a persistência da doença congênita, devida a sua magnitude, sequer pode ser chamada de evento sentinela, pois reforça a tese que as atividades básicas e baixo custo necessário a sua eliminação e que deveriam ser realizadas nas ações de rotina do cuidado com o pré-natal não mudam o cenário. (MAGALHÃES, et al. 2011, p. 50).

O Ministério da Saúde, ciente dos riscos causados pela Sífilis, propôs a erradicação dessa doença até o ano de 2000, porém esta meta ainda não foi atingida, tornando a Sífilis mais frequente em gestantes. Por isso, existe a grande necessidade de novas estratégias e uma mobilização dos profissionais de saúde para a sua prevenção, e conseqüentemente o seu controle (LORENZI e MADI 2001, p. 647).

A tríade vigilância-assistência-prevenção, base da maioria dos programas de Saúde Pública, concorre para reforçar a tese de que a vigilância da Sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema. As intervenções – triagem laboratorial e tratamento – permitem a prevenção do caso de sífilis congênita e encontram-se entronizadas na assistência pré-natal. (SARACENI, et al 2007, p. 104).

A Sífilis Congênita resulta da transmissão do *Treponema pallidum* por via transplacentária, da gestante infectada para o seu concepto, podendo ocorrer em qualquer período da gestação, e em qualquer fase da doença, com maior probabilidade de transmissão durante sífilis primária e secundária (BRASIL, 2006 p. 9).

De acordo com dados coletados em 2012 pelo Boletim Epidemiológico da Sífilis, o número de notificação para cada 1000 nascidos vivos com Sífilis Congênita no Brasil foi de 4.432 casos e no Nordeste 1.692 casos, atingindo o 1^o lugar por região com o maior número de nascidos vivos com Sífilis Congênita. E com relação a óbitos, para cada 1000 nascidos vivos no Brasil foram notificados 112 casos e no Nordeste 39 casos ficando em 2^o lugar, perdendo apenas para a região Sudeste.

“Entre os principais fatores de risco, que contribuem para prevalência da Sífilis Congênita, está o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, o mais gritante a qualidade de assistência ao pré-natal”. (GERBASE, et al. 1999; MADÍ, et al. 1999; e ARAÚJO, et al.1990 apud LORENZI, et al. 2001, p. 647).

As maiores proporções de casos de Sífilis Congênita ocorrem em crianças de mães de faixa etária entre 20 e 29 anos, com baixo nível de escolaridade e que realizou pré-natal. A Sífilis Congênita vem aumentando grandemente os riscos de morbimortalidade na fase intrauterina. Por isso, a atenção básica a saúde tem assumido um grande desafio no que se diz respeito à vigilância e a promoção assistencial ao pré-natal (BRASIL, 2012, p. 3).

É necessária uma maior atenção voltada a este agravo, pois mesmo sendo a Sífilis uma doença de fácil prevenção, quando não tratada torna-se um grande risco à saúde do conceito, como, por exemplo, abortamento espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, óbito fetal, óbito neonatal e as lesões e complicações da Sífilis Congênita, por exemplo, surdez e a cegueira (ARAUJO, et al. 2006 p.48).

A qualidade da assistência na gestação e parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical da Sífilis e de outras doenças infectocontagiosas. No Brasil, em 2000, o MS lançou o programa de humanização do pré-natal e nascimento que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência ao pré-natal, parto e puerpério no país e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. (SERRUYA, 2004 e MACÊDO, 2009 apud MAGALHÃES, et al. 2011, p. 50).

Cerca de 10% a 15% das gestantes portadoras da Sífilis, se encontram nos países subdesenvolvidos. No Brasil, a estimativa é de 3,5%, evidenciando um risco de transmissão vertical do treponema em cerca de 50% a 85%, já com relação às taxas de mortalidade perinatal de até 40% (LORENZI 2000, e SARACENI, 2007 apud FIGUEIRÓ, 2007, p. 139).

O estudo justificou-se em virtude da necessidade da redução dos números da Sífilis Congênita e suas conseqüências no estado, além da sensibilização dos profissionais de saúde no que diz respeito às ações de prevenção e controle do agravo no sentido de minimizar os índices de morbimortalidade infantil partindo do questionamento: Como estão os números da Sífilis Congênita nos últimos cinco anos no estado de Alagoas?

Logo, buscou-se analisar a prevalência dos casos de Sífilis Congênita no Estado de Alagoas entre os anos de 2007 e 2011, identificando o número de casos do tipo de infecção precoce e tardia, verificando em quais regiões do estado foram mais acometidas (segundo as notificações) por esse agravo e observar se no recorte histórico proposto houve alguma situação discrepante entre os anos estudados dentro do padrão preconizado pelo MS – 1/1000 caos. E tendo em vista a importância destas práticas e atividades realizadas com esse grupo exposto, os pontos avaliados servirão como indicadores de qualificação da assistência oferecida pelo local estudado, assim como servirão de subsídios para novos estudos.

Enfatizando a importância e a necessidade de se realizar um estudo dos dados sobre Sífilis Congênita no estado de Alagoas, optou-se por um estudo retrospectivo, descritivo de caráter quantitativo.

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade e é influenciada pelo positivismo, ressalta que a realidade só pode ser compreendida por meio de análise de dados. A mesma recorre à linguagem matemática para descrever e expressar possíveis causas de um fenômeno. (FONSECA, 2002 apud GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 33).

A coleta dos dados ocorreu na Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas no Departamento de DST/AIDS, a partir de dados do domínio público sobre os números da Sífilis Congênita no estado nos anos de 2007 a 2011. No que diz respeito ao período sugerido pela pesquisa, o ano de 2011 foi considerado limite em virtude de ser este ano o último informado pela Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas em seus documentos oficiais.

Os dados se referiram à prevalência da Sífilis Congênita, Sífilis Gestacional, dados sobre o diagnóstico materno, descrição dos casos por tipo de Sífilis Congênita e o detalhamento dos municípios do estado mais acometidos pelo agravo.

Os dados coletados, após análise das informações, foram tabulados no sistema operacional Microsoft Excel, organizados em forma de tabelas e gráficos para uma melhor visualização e apreciação dos mesmos.

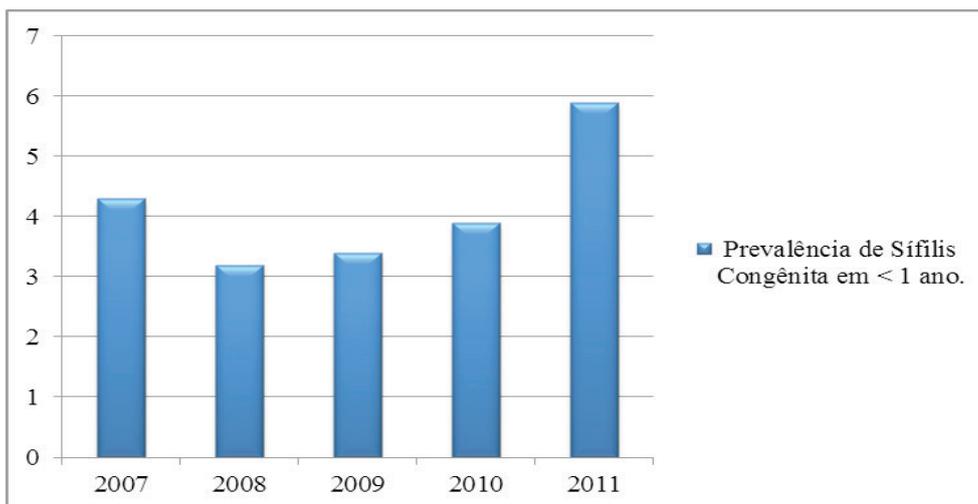
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1993, o Ministério da Saúde, lançou um projeto para erradicação da Sífilis no país simultaneamente com a proposta que a Organização Pan-Americana de Saúde criou para o controle de agravos nas Américas. Com a iniciativa dessa proposta, foram definidas algumas metas, das quais os números de incidência de Sífilis teriam que ser menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 2004 apud MAGALHÃES, et al 2011, p. 44).

De acordo com o Boletim Epidemiológico AIDS/DST e Hepatites Virais, no estado de Alagoas, nos anos de 1996 a 2003, as taxas de Sífilis Congênita eram < 1 caso para cada 1000 nascidos vivos. Já em 2004, observou-se um crescimento representativo, a taxa era de 1,9 casos para cada 1000 nascidos vivos. E a partir desse ano, os índices continuaram a crescer chegando a 5,3 em 2006.

Em comparação com os dados supracitados, a Sífilis Congênita teve uma ligeira queda de 2007 a 2008, porém, apresentou um aumento gradativo a partir deste ano em relação aos demais, chegando em 2011 a 5,9 casos para 1000 nascidos vivos.

116 | **Gráfico 1 - Prevalência dos casos de sífilis congênita no Estado de Alagoas entre os anos de 2007 e 2011 (por 1000 nascidos vivos)**



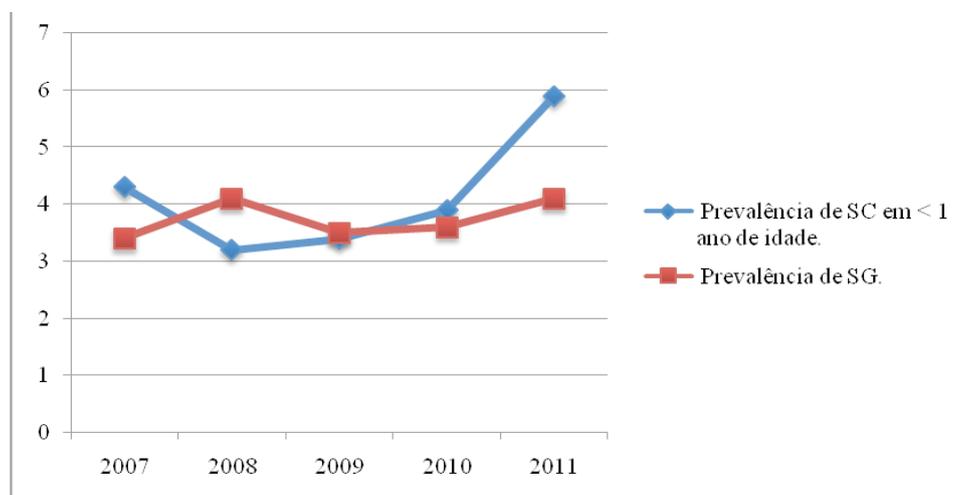
Fonte: SES/AL/SINAN (dados disponíveis em 23/08/2012).

A Sífilis Congênita é um grave problema de Saúde Pública, apesar de ser uma doença de fácil prevenção, de diagnóstico precoce, e com seu tratamento eficaz e baixo custo, ainda assim, apresenta um alto índice como nos mostra o (Gráfico 1).

O aumento no número de casos mostra que a Sífilis na gestação favorece grandemente a ocorrência de Sífilis Congênita, o que pode indicar falhas nos programas de DSTs e pré-natal (MILANEZ e AMARAL, 2008 apud MAGALHÃES, 2011, p. 45).

O diagnóstico da Sífilis na mulher pode ocorrer em qualquer fase da vida, seja ele antes ou durante a gestação, no momento do parto ou em uma oportunidade posterior em que a mulher procure o serviço de saúde. E não acontecendo a procura espontânea por parte da mulher, a triagem sorológica deve ser indicada, como também uma revisão sistemática para diagnóstico e tratamentos anteriores, não se esquecendo de incluir o parceiro.

Gráfico 2 - Relação entre a prevalência dos casos de sífilis congênita e gestacional no Estado de Alagoas entre os anos de 2007 e 2011 (por 1000 nascidos vivos)



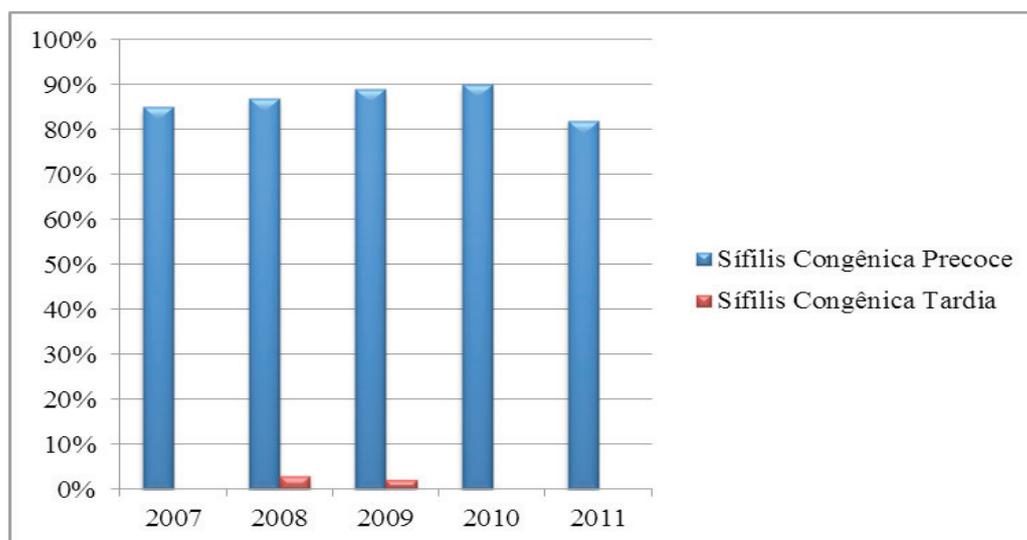
Fonte: SES/AL/SINAN (dados disponíveis em 23/08/2012).

Relacionando os dados da Sífilis Gestacional com a Sífilis Congênita, observa-se que existe uma divergência nos dados. Nos anos de 2007 - 2008 e principalmente em 2011, onde a prevalência de Sífilis em < de 1 ano de idade é superior a prevalência de Sífilis Gestacional, as taxas respectivamente foram de 5,9 e 4,1 números de casos para cada 1000 nascidos vivos. Supõe-se que, ao observar o gráfico acima, essa divergência ocorre devido à capitação da gestante e não tratamento da Sífilis Gestacional; capitação e tratamento ineficaz (dosagem, abandono); não capitação da gestante portadora da Sífilis e/ou subnotificação dos dados ocasionando o aumento da Sífilis Congênita.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, é preconizado no mínimo 6 consultas durante o pré-natal e a oferta do VDRL, teste sorológico que é utilizado para detectar a Sífilis na gestação que deverá ser realizado no primeiro e terceiro trimestre da gestação. É considerada Sífilis gestacional: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou o exame de VDRL reativo, com qualquer titulação, realizado no pré-natal, ou no momento do parto ou na curetagem (BRASIL, 2005 e BRASIL, 2006 apud LEITÃO, et al 2009, p. 310).

“O Ministério da Saúde recomenda que o teste da Sífilis seja oferecido a todas as gestantes nos primeiros estágios da gravidez e tem realizado campanhas para a eliminação da Sífilis Congênita no país” (BRASIL, 2006 e BRASIL, 2007 apud MIRANDA, 2009, p. 386).

Gráfico 3 - Prevalência de casos da sífilis congênita segundo o momento da evidência laboratorial da mãe e ano diagnóstico em Alagoas, 2007 a 2011



Fonte: SES/AL/SINAN (dados disponíveis em 23/08/2012).

Assim como visto no (Gráfico 3), evidencia-se que a Sífilis na mulher não está sendo diagnosticada precocemente como recomendada pelo Ministério da Saúde. As taxas revelam as maiores proporções durante a realização da curetagem ou no momento do parto.

Em 2011, nos municípios que apresentam uma população acima de 20mil habitantes, cerca 15 municípios apresentaram taxas acima que da taxa média do estado (> 5,9 por 1000 nascidos vivos), dentre os quais os municípios que se destacaram foram Murici, com 31,9 para cada 1000 nascidos vivos, e em segundo lugar o município de Pilar com a taxa de 22,1 para cada 1000 nascidos vivos.

118 | **Tabela 1 - municípios com população acima de 20 mil habitantes, por ano de diagnóstico de sífilis congênita em < 1 ano para cada 1000 nascidos vivos**

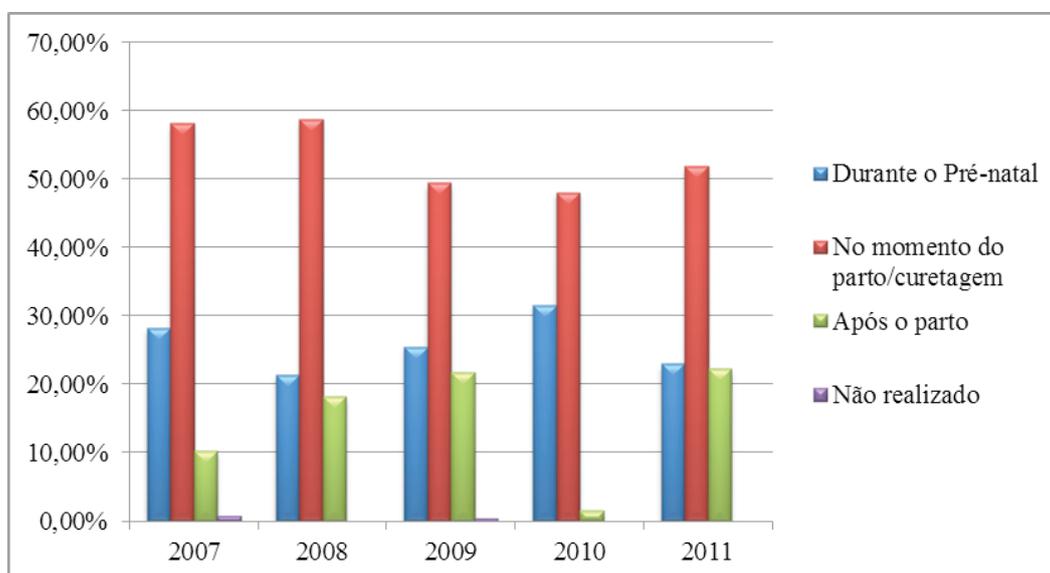
Município de Residência	2007	2008	2009	2010	2011
Alagoas	4.3	3.2	3.4	3.9	5.9
Murici	6.9	1.7	7.1	12.4	31.9
Pilar	9.2	15.9	6.0	8.3	22.1
São José da Laje	11.5	2.0	4.8	2.6	15.5
são Luiz do Quitunde	4.4	3.1	3.2	2.9	13.5
Joaquim Gomes	5.6	9.7	8.0	8.4	11.1
Maceió	6.9	5.5	5.6	7.4	10.7
Campo Alegre	2.9	-	3.3	11.7	8.9
São Miguel dos Campos	7.1	4.6	7.6	5.5	7.6
Atalaia	4.6	4.5	5.2	3.8	7.5
Maragogi	-	5.1	7.2	3.8	7.4
Colônia Leopoldina	6.8	2.7	2.9	6.3	7.2
Marechal Deodoro	11.2	7.7	3.5	3.6	7.1
Matriz de Camaragibe	6.2	6.3	9.9	7.0	6.9
Rio Largo	2.0	6.4	14.3	5.6	6.8
Porto Calvo	1.9	1.8	4.2	3.9	6.2
Cajueiro	7.2	2.5	9.7	15.3	4.8
Boca da Mata	7.8	2.0	-	4.3	4.5
Giral do Ponciano	-	-	-	-	3.3
Coruripe	1.9	2.8	1.1	-	3.1
Teotônio Vilela	5.7	2.3	3.7	2.7	2.7
Delmiro Gouveia	8.1	4.1	2.9	3.4	2.4
Traipu	-	-	-	-	2.4
Piranhas	-	-	-	-	2.2
Viçosa	-	-	-	-	2.2
Penedo	3.1	4.0	0.9	1.0	1.7
São José da Tapera	-	1.4	-	-	1.6
União dos Palmares	4.1	3.0	1.7	2.5	1.6
Arapiraca	1.0	0.3	0.2	0.5	1.3
Craibas	-	-	-	-	-
Feira Grande	-	-	-	-	-
Igaci	-	-	-	-	-
Igreja Nova	-	-	-	2.2	-

Junqueiro	-	2.5	-	-	-
Limoeiro de Anadia	-	-	-	-	-
Mata Grande	-	-	-	-	-
Olho D'Água das Flores	-	-	-	-	-
Palmeira dos Índios	0.7	-	-	0.8	-
Pão de Açúcar	-	-	-	-	-
Santana do Ipanema	-	1.0	1.2	-	-
São Sebastião	2.9	-	-	1.6	-

Fonte: SES/AL/SINAN e SINASC

O Manual de Diretrizes para o controle de Sífilis Congênita (2006) classifica a mesma em dois tipos: Precoce e Tardia. A síndrome clínica da Sífilis Congênita precoce surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínicas, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Já a síndrome clínica da Sífilis Congênita Tardia surge após o 2º ano de vida. Da mesma forma que a Sífilis Congênita Precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento na investigação para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual.

Gráfico 4 - Percentual do número de casos da sífilis congênita por tipo de infecção (precoce e tardia) no Estado de Alagoas nos anos de 2007 a 2011



Fonte: SES/AL/SINAN (dados disponíveis em 23/08/2012).

No ano de 2010, o número de casos de Sífilis Congênita por tipo de infecção Precoce estava estimado em mais de 85% no Estado de Alagoas, e o total de casos confirmados de Sífilis Congênita no período estudado, o diagnóstico final estimado foi mais 86% dos casos de Sífilis Congênita Precoce (Gráfico 4).

Observou-se com o estudo um aumento do número de casos da Sífilis Congênita no Estado de Alagoas nos anos pesquisados, sendo esse aumento consideravelmente atribuído a Sífilis Congênita precoce. Proporcional a esses números verificou-se também um aumento nos números de casos da Sífilis Gestacional, sendo a maioria desses diagnosticados apenas no momento do parto e após ele, o que impossibilita o tratamento e a consequente prevenção da Sífilis Congênita.

Entre as regiões do estado foi identificado que a 1ª região sanitária foi a que obteve maiores índices do agravo, porém, a mesma é composta majoritariamente por municípios com população maior que 20 mil habitantes, o que poderia justificar seus elevados números.

Na pesquisa viu-se que o ano de 2011 foi discrepante em relação aos demais anos, o que nos leva ao questionamento da atenção a mulher e a gestante na atenção primária a saúde, visto que são agravos com possibilidade de prevenção e tratamento prioritários pelo SUS.

Neste sentido, reforça-se a importância dos resultados da pesquisa para uma análise das práticas e atividades realizadas com os grupos expostos, sendo os pontos avaliados, no estudo, intencionados a servir como indicadores de qualificação da assistência oferecida pelo local estudado às mulheres e gestantes portadoras da Sífilis, assim como à rede de referência e a alimentação dos sistemas de informação.

Como contribuição da pesquisa, será encaminhada uma cópia da mesma a gestão estadual de saúde, com o objetivo de sensibilizar um novo olhar a assistência à saúde das mulheres e gestantes portadoras da Sífilis no sentido de minimizar os índices e consequências da Sífilis Congênita no estado, assim como servir de subsídios para novos estudos na área.

ALAGOAS, Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância em Saúde – Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico-DST/Aids e Hepatites Virais**. ed. anual, ano II – nº 1. Maceió-AL, 2012, p. 41,46,47 e50.

ARAUJO, E. C; et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**. v. 20, n.1, p.48. Pará, janeiro/março, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 abr. 2013.

AVELLEIRA, J. C. R. e BOTTINO, G. **Sífilis**: diagnóstico, tratamento e controle. Educação médica Continuada. AnBrasDermatol. vol.82, n.2, p. 112. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. **Sífilis**: Descrição da doença. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1659>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita** – manual de bolso. 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico** - Sífilis. Ano1, nº 1, p. 3. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32, Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf >. Acesso em: 14 abr. 2013.

CARRET, M. L. V.; et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 1, 2004, p.76-84. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 14 abr. 2013.

FIGUEIRO, E. A. F. et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. v. 19, n. 3-4, p.139, Mato Grosso do Sul, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/20_sifilis_congenita_campo_grande_pdf_10859.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

FONTELLES, M. J.; et al. **Metodologia da Pesquisa Científica**: Diretrizes para a elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>>. Acesso: em 21 abr. 2013.

122 | GERHARDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Organizado por coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Editora da UFRGS. p. 33. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=dRuzRyEIzmkC&pg=PA33&dq=onde+a+pesquisa+quantitativa+se+centra+na+objetividade.+Influencia+da+pelo+positivismo,+considera+que+a+realidade+s%C3%B3+pode+ser+compreendida+com+base+na+an%C3%A1lise+de+dados+brutos,+recolhidos+com+o+aux%C3%ADlio+de+instrumentos+padronizados+e+neutros.&hl=en&sa=X&ei=qZZxUY_iOfGK0QHB4oEQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 14 abr. 2013.

LEITÃO, E. J. L.; et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**. v. 20, n. 4, p. 308 e 310. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

LORENZI, D. R. S.; e MADI, J. M. **Sífilis Congênita como indicador de assistência pré-natal**. RBGO. v. 23, n. 10, p. 647. Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; e ARTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. v. 37, n. 2. **FEMINA**. Rio Grande do Sul, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2009/fevereiro/Feminav37n2p83-90.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MAGALHÃES, D. M. S.; et al. A Sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comissão Ciências e Saúde** – 22 sup., n.1, p. 44. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol22_6sifilis.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2013.

MIRANDA, A. E.; et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória do Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 49, n.4, jun-ago de 2009, p. 386.

PIRES, E. N.; et al. Vigilância Epidemiológica da Sífilis na gravidez no Centro de Saúde do bairro Uruará – Área Verde. DST - **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, Pará, 2007, p.162-165. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/8.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

RIBEIRO, A. S.; SOUZA, F. B. e PINTO, S. S. **Triagem para Sífilis**: Incidência de Resultados Positivos nas Amostras Analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, Oriundas do Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS. News Lab. ed.82, 2007. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/ed_anteriores/82/art07/art07.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2013.

SARACENI, V.; et al. **Vigilância da sífilis na gravidez**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. vol.16, n.2, p.103, Rio de Janeiro, abr/jun de 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200005&lng=pt>. Acesso em: 10 set. 2012.

SARACENI, V. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**. p. 4, 2005. Disponível em: <http://200.141.78.79/dlstatic/10112/123737/DLFE-1816.pdf/vig_sifilis_e_gravidez.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2013.

SÁ, R. A. N.; et al. Sífilis e Gravidez: Avaliação da Prevalência e Fatores de Risco nas gestantes atendidas na maternidade Escola – UFRJ. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. vol.13, n.4, p.7, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista13-4-2001/c1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

SCHETINE, J.; et al. Estudo da Prevalência de Sífilis Congênita em um Hospital da Rede SUS de Niterói – RJ. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. v. 17, n. 1, p. 18. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista17-1_2005/estudodaprevalencia.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2013.

Submetido em: 31 de julho de 2013

Avaliado em: 12 de setembro de 2013

Aceito em: 20 de setembro de 2013

1 Aluna do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS.

2 Aluna do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS.

3 Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS.

4 Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS. E-mail: anapaulamiyazawa@hotmail.com

5 Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS. E-mail: albambf@hotmail.com