



SÍFILIS CONGÊNITA: REFLEXÕES SOBRE UM AGRAVO SEM CONTROLE NA SAÚDE MÃE E FILHO

CONGENITAL SYPHILIS: REFLECTIONS ON AN AGGRAVATION WITHOUT CONTROL IN HEALTH OF THE MOTHER AND SON

LA SÍFILIS CONGÉNITA: REFLEXIONES SOBRE UNA AGRAVACIÓN SIN CONTROL EN LA SALUD DE LA MADRE E HIJO

Deise Maria do Nascimento Sousa¹, Camila Chaves da Costa², Ana Carolina Maria Araújo Chagas³, Lara Leite de Oliveira⁴, Mônica Oliveira Batista Oriá⁵, Ana Kelve de Castro Damasceno⁶

RESUMO

Objetivo: refletir sobre a sífilis congênita como agravamento sem controle, enfatizando-a como marcador da assistência pré-natal. **Método:** estudo reflexivo, realizado a partir de revisão de literatura que incluiu artigos, legislações, manuais do Ministério da Saúde e livros, a partir das Bases de dados Lilacs e Medline e na biblioteca virtual Scielo. Após a leitura e fichamento dos materiais, procedeu-se à análise descritiva. **Resultados:** a sífilis congênita pode ser considerada como marcador da assistência pré-natal, implicando na existência de sérios erros estruturais na saúde pública. O seu reconhecimento como doença grave contribuiu para a elaboração de políticas públicas que buscam erradicá-la, pela concessão da assistência de saúde pautada na humanização e qualidade. **Conclusão:** destacou-se a importância do reconhecimento da sífilis congênita como importante problema de saúde pública, destacando a participação dos profissionais da saúde, que devem direcionar as ações respaldadas no conhecimento técnico-científico para o controle da doença. **Descritores:** Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to reflect on congenital syphilis as an aggravation without control, emphasizing it as a marker of prenatal care. **Method:** reflective study, conducted from literature review that included articles, laws, Ministry manuals and books from the databases Lilacs and Medline and the virtual library SciELO. After reading and registering the materials, there was proceeded the descriptive analysis. **Results:** congenital syphilis can be considered as a marker of prenatal care, implying the existence of serious structural errors in public health. Its recognition as a serious disease contributes to the development of public policies that seek to eradicate it, by granting health care guided on humanization and quality. **Conclusion:** it was emphasized the importance of recognizing congenital syphilis as a major public health problem, highlighting the participation of health professionals, who should direct the actions backed in technical and scientific knowledge to control the disease. **Descriptors:** Congenital Syphilis; Prenatal Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre la sífilis congénita como un agravamiento sin control, destacando la como un marcador de la atención prenatal. **Método:** estudio reflectante, realizado a partir de revisión bibliográfica que incluyó artículos, leyes, manuales del Ministerio y libros de las bases de datos Lilacs, Medline y la biblioteca virtual SciELO. Después de la lectura y registro de los materiales, procedió al análisis descriptivo. **Resultados:** la sífilis congénita puede ser considerada como un marcador de la atención prenatal, lo que implica la existencia de errores estructurales graves en la salud pública. Su reconocimiento como una enfermedad grave contribuye al desarrollo de las políticas públicas que buscan erradicarla, mediante la concesión del cuidado de la salud basada en la humanización y la calidad. **Conclusión:** se hizo hincapié en la importancia de reconocer la sífilis congénita como problema de salud pública, destacando la participación de profesionales de la salud, quienes deben dirigir las acciones apoyadas en el conocimiento técnico y científico para el control de la enfermedad. **Descritores:** Sífilis Congénita; Prenatal; Enfermería.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: milinha_ita@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Bolsista do CNPq. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: aninhaaraujoc@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lara.leite@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: deisemnascimento@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem / Pós-Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: monica.oria@ufc.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/Enfermagem/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita ainda é considerada problema importante de saúde pública, mesmo tratando-se de doença de fácil diagnóstico e totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de o parceiro é realizado adequadamente. Em relação à taxa de infecção através da transmissão vertical, sabe-se que dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção, de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna. Quanto aos desfechos como o aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal estão em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas ou tratadas inadequadamente.¹

O número de casos de sífilis congênita está cada vez mais elevado, de forma que no período de 1998 a 2008, foram notificados ao Ministério da Saúde/MS 46.530 casos em menores de um ano de idade no Brasil. Isso mostra a magnitude do problema, porém essa é apenas a realidade que se conhece, sendo a situação ainda maior ao considerar-se que a subnotificação da doença é elevada.²

No ano de 2005, foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil. Dentre estes casos, 78% das mães realizaram pré-natal, das quais, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 13,3% tiveram os parceiros tratados. Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais da saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.³

Diante de tais dados, pode-se inferir que a problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada a baixa qualidade do pré-natal, além do número de mulheres que não têm acesso à assistência pré-natal. Dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natais e que possuem sorologia positiva para sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez.^{1,3}

No desfecho, por ocasião do parto, maternidades não oferecem como rotina o VDRL para parturientes, voltando bebê e mãe

para a comunidade com a possibilidade do agravo. Esse descaso com a sífilis na gestação está promovendo o aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, de políticas públicas e ações eficazes para eliminar a doença.²

Visto a simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, a doença é considerada de fácil controle, principalmente pela assistência pré-natal de qualidade.¹ No entanto, na prática, verifica-se que não tem sido dada a real observância à assistência pré-natal como principal ferramenta para o seu controle, ou ainda, pode não haver a incorporação das medidas de prevenção da doença na assistência em saúde. Fato este, que corrobora para a ampliação do número de casos do agravo. Vale destacar também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, no entanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso.

Diante da importância do reconhecimento da sífilis congênita como problema de saúde pública, o qual merece destaque nas políticas ministeriais com o objetivo de minimizar o número de casos da doença e as complicações que tal agravo pode provocar na mãe e no filho, justifica-se a realização do estudo. Ademais, espera-se contribuir para a ampliação dos conhecimentos e reflexão pelos profissionais da saúde e os gestores sobre a importância da assistência pré-natal de qualidade, contribuindo para a adoção de ações, estratégias e cuidados que possibilitem um controle da sífilis congênita.

OBJETIVO

- Refletir sobre a sífilis congênita como agravo sem controle, enfatizando-a como marcador da assistência pré-natal.

MÉTODO

Estudo reflexivo, para o qual se realizou a revisão narrativa da literatura, objetivando reunir os conhecimentos sobre o tópico em estudo, integrando-o e facilitando seu acúmulo.⁴ A literatura incluiu artigos, manuais do Ministério da Saúde do Brasil, legislações e livros. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and retrieval System On-line) e na biblioteca virtual SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Foram incluídos os artigos completos; disponíveis eletronicamente; publicados em língua

portuguesa, inglesa ou espanhola e publicados nos últimos oito anos.

Para a busca de tais artigos utilizaram-se os descritores controlados: “sífilis congênita” e “pré-natal”. A busca foi realizada pelo acesso on-line no mês de março de 2011. Após a leitura e fichamento da literatura disponível, procedeu-se à análise descritiva e de conteúdo da mesma, o que contribuiu para a reflexão sobre a temática.

◆ Evolução dos programas e políticas públicas relacionados à sífilis congênita

Em 1983, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que se configurou como uma das ações governamentais pioneiras de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde.⁵ Ele visa garantir a integralidade e autonomia ao ser mulher por meio dos objetivos específicos: prevenir e controlar as Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST, tendo como uma das metas a eliminação da sífilis como problema de saúde pública no Brasil.⁶

A partir do PAISM, o Ministério da Saúde focou em políticas que oferecessem assistência à mulher como um todo. O combate às doenças sexualmente transmissíveis tornou-se bem difundido no país. A sífilis, doença grave, de fácil diagnóstico e tratamento passou a ser investigada com maior frequência pelos profissionais da saúde, principalmente em mulheres no período gestacional.

Devido à elevada taxa de prevalência, de transmissão vertical e da alta mortalidade, a sífilis na gestação foi incluída como DST de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986.⁷ No entanto, devido à ausência de uniformidade no diagnóstico e conduta, assim como as falhas no mecanismo de notificação, sabe-se que a frequência da doença é bem maior do que a verificada pelos números oficiais, demonstrando que ainda há níveis elevados de sub-registro e subnotificação desse agravo.⁸

Com o intuito de acompanhar e controlar os avanços desse agravo, em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação da doença o registro de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano.¹

No ano 2000, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual tem como prioridade a redução dos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, bem como a melhora no acesso, na cobertura e na qualidade de assistência em nível primário, garantindo

dentre seus procedimentos a realização do VDRL na primeira consulta de pré-natal e na trigésima semana de gestação, o que veio favorecer o diagnóstico e uma consequente melhoria do controle da sífilis congênita.⁹

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Nascer nas maternidades localizadas em municípios prioritários com atendimento de mais de 500 partos ao ano, o qual tem como principal objetivo promover a capacitação de equipes multiprofissionais com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita.¹⁰

A criação do PHPN e do Projeto Nascer foram fundamentais para melhoria da assistência prestada pelos profissionais da saúde, pois além da humanização do cuidado, que é o foco do programa e do projeto, há a preocupação com a realização do VDRL duas vezes durante a gestação e no momento do parto, o que permite o diagnóstico e o tratamento materno, além da prevenção da transmissão vertical. Essas políticas foram de forte impacto no combate à sífilis, mas para que elas sejam totalmente eficazes é necessário que os profissionais estejam conscientizados da importância da assistência de qualidade e coloquem em prática tais preconizações.

Deve-se enfatizar como importante marco dentro do cenário público brasileiro, o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, que apresenta como um de seus três eixos o Pacto pela Vida. A redução da mortalidade materna e infantil está entre as suas prioridades básicas, sendo um dos componentes para a execução dessa prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis.⁸

Em 2007, foi lançado oficialmente o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, o qual tem como metas a redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011. Com esse plano pretende-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, o aumento da cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros, além da ampliação das ações de prevenção.¹¹ No entanto, tal proposta novamente não foi alcançada, visto que a sífilis congênita ainda é um agravo de elevada magnitude e que apresenta indicadores desfavoráveis quanto ao seu controle. Demonstrando assim, a necessidade de prioridade política para a sua abordagem.¹²

Outra ação desenvolvida recentemente pelo Ministério da Saúde (MS), que apresenta entre seus objetivos a humanização e a assistência eficaz à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é o Projeto Rede Cegonha. Essa estratégia consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, refletindo diretamente na redução dos índices de mortalidade materna no país.¹³

Percebe-se que todos esses programas apresentam metas e objetivos plausíveis, alguns até mesmo ousados, e obtiveram impacto positivo para a melhoria da promoção da saúde do binômio mãe e filho, contribuindo para a prevenção da sífilis congênita, porém ainda são verificados entraves que impossibilitam a realização plena do que foi proposto pelos programas, sendo necessário um maior empenho por parte dos profissionais e gestores na busca da implementação efetiva de tais programas.

◆ Importância da assistência pré-natal de qualidade no controle da sífilis congênita

Por meio de intervenções relativamente simples orientadas para cuidados às mães e aos recém-nascidos, é possível obter-se grande redução dos casos de sífilis congênita. As bases para prevenção da doença já estão estabelecidas em vários locais do mundo: a maioria dos países tem linhas gerais de orientação para controle universal de sífilis pré-natal; os níveis de consultas pré-natais são geralmente altos; os testes de detecção são baratos e podem ser realizados no nível de cuidados primários de saúde; o tratamento com penicilina não é caro; e o medicamento está na lista dos medicamentos essenciais de todos os países. Contudo, apesar de todos estes fatores, a sífilis congênita ainda é um importante problema de saúde pública.¹⁴

Entretanto, para promover a melhoria desta realidade, os profissionais da saúde, devem prioritariamente: realizar atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença; realizar o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva; captar as gestantes e iniciar precocemente o pré-natal; realizar a assistência pré-natal de qualidade e organizada; instituir o tratamento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando clínica e

epidemiologicamente os casos identificados, e notificar todos os casos de sífilis congênita.¹¹

A atuação dos profissionais da saúde, como o enfermeiro, nas ações de promoção da saúde deve garantir a integralidade do cuidado na atenção básica, tornando-se um diferencial no atendimento de sua clientela. Para isso, faz-se necessário o conhecimento de toda a dinâmica que envolve desde a detecção, diagnóstico e tratamento da sífilis para embasar suas ações e estratégias de educação em saúde com vistas à promoção da saúde dos sujeitos envolvidos.

Pode-se considerar a sífilis congênita como importante marcador da qualidade da assistência pré-natal, existindo uma relação significativa com a sua presença em uma determinada instituição e a existência de sérios erros estruturais na saúde pública.¹⁵

Em estudo realizado com 46 puérperas, que tinham antecedentes de sífilis ou VDRL positivo atendidas em uma maternidade no Estado do Pará/PA mostrou-se que das gestantes que realizaram pré-natal, apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre. Mostrou ainda que, apenas 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal receberam tratamento adequado, dado que também denuncia a baixa qualidade da assistência pré-natal. A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce, podendo explicar diversos casos de sífilis congênita, registrados.¹⁶

Vale destacar que segundo dados do Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN) de quase três milhões de mulheres que engravidam anualmente, no Brasil, apenas 75% realizam o pré-natal. Destas, somente 50% realizam o VDRL no início do pré-natal e apenas 23% o repetem no terceiro trimestre da gestação, conforme preconizado pelas normas brasileiras.¹⁷ Tal fato mostra a importância de organizar melhor os serviços de saúde para captar e acolher as gestantes precocemente, assim como de oferecer oportunidades de detecção e tratamento correto e oportuno da sífilis para as gestantes e seus parceiros sexuais.¹⁸⁻¹⁹

A persistência da sífilis congênita como problema de saúde pública pode estar relacionada à falta de percepção dos profissionais da saúde de que a sífilis na gestação e congênita podem gerar graves consequências para a mulher e seu conceito, a ausência ou baixa cobertura dos programas de prevenção; a existência de barreiras para o

acesso à assistência pré-natal e a estigmatização e discriminação com as infecções de transmissão sexual.²⁰ Assim, o enfermeiro deve estar ciente dessa rede de falhas no pré-natal e deve atuar adequadamente não só solicitando o VDRL ou acompanhando o tratamento, mas principalmente orientando a gestante sobre a gravidade e consequências da doença para mãe e bebê, bem como mostrando a importância do diagnóstico e tratamento o mais cedo possível.

Em relação ao tratamento concomitantemente do parceiro, o estudo do Programa Nacional de DST/Aids revelou que somente 17,3% das gestantes no país têm o parceiro tratado para sífilis.²¹ Observou-se em estudo descritivo de corte transversal realizado com 1500 parturientes, que entre aquelas com resultado de VDRL positivo, somente 50% conseguiram levar o parceiro para participar do pré-natal e ser orientado quanto ao tratamento da sífilis, e um percentual ainda menor conseguiu que o parceiro fosse testado, dentre estes nem todos concordaram com o tratamento.²² Com isto, as gestantes portadoras dessas infecções vivenciam a ineficiência do tratamento, a re-infecção e a transmissão vertical.

Tais achados refletem realidade preocupante, pois, pela não realização do tratamento do parceiro, a gestante, mesmo que tratada, é re-exposta ao *Treponema*, impedindo a sequência da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical. A busca ativa do parceiro e orientação do casal quanto ao não tratamento de ambos é papel do enfermeiro e ele deve sempre reforçar isso nas consultas pré-natais.

Frente ao exposto, verifica-se a necessidade da qualificação da atenção pré-natal, que é o momento adequado para estabelecer a garantia dos direitos da gestante, inclusive da oferta de insumos específicos para a sífilis.²³ Dentre eles os exames treponêmicos e não-treponêmicos e o tratamento adequado com penicilina G benzatina, visto tratar-se de um momento crucial para se atingir a meta de eliminação do agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacou nesse estudo a importância do reconhecimento da sífilis congênita como importante problema de saúde pública por todas as esferas do governo, pelos profissionais da saúde e pela população em geral, com o objetivo de por em prática as políticas públicas de saúde voltadas para o seu

controle e criar novas políticas mais eficientes.

A participação do profissional da saúde é primordial, principalmente do enfermeiro, visto que a partir de suas ações adequadas baseadas no conhecimento técnico-científico podem interferir diretamente no controle da sífilis congênita, a partir de uma assistência pré-natal de qualidade, integral e humanizada. Além disso, deve-se destacar a importância de o enfermeiro assumir o seu papel de educador em saúde e sensibilizar a população quanto à relevância do controle dessa doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília (DF); 2006.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília (DF); 2008.
3. Serviço de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças CCD, Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 Aug [cited 2013 June 11];42(4):768-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>
4. Polit DF, Beck, CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
5. Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Rev Bras Med Fam Com [Internet]. 2005 July [cited 2013 Feb 15];1(3):72-80. Available from: http://www.journaldatabase.org/articles/atencao_integral_saude_mulher_desafios.html
6. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes. Brasília, 2004.
7. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2005 Dec [cited 2012 Nov 22];8(4):419-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/08.pdf>
8. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. Brasília (DF); 2007b.

Sousa DMN, Costa CC da, Chagas ACMA et al.

Sífilis congênita: reflexões sobre um agravado...

9. Ministério da Saúde (Br). Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2002.
10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. Brasília (DF); 2003.
11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília (DF); 2007.
12. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, Paz LC, Ramos Junior AN. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. J Bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Jan 25];19(3-4):111-9. Available from: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/1.pdf>
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diário Oficial da União. Projeto Rede Cegonha. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Brasília (DF); 2011.
14. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação; 2008.
15. Fernandes RCSC, Fernandes PGCC, Nakata TY. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de Campos, RJ. DST J Bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Jan 25];19(3-4):157-61. Available from: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/7.pdf>
16. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAZ. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Rev Paraense Med [Internet]. 2006 Jan [cited 2012 Nov 22];20(1):47-51. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf>
17. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília (DF); 2005.
18. Rodrigues Celeste S., Guimarães Mark D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2004 Sept [cited 2013 June 11];16(3):168-75. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000900003&lng=en
19. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 June [cited 2013 June 11];46(3):479-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en
20. Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. Rev. DST J bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2007 Dec [cited 2012 Nov 22];19(3-4):166-72. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/26_sifilis_america_la_tina_e_caribe_pdf_15261.pdf
21. Sociedade Brasileira De Doenças Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Qualidade da notificação da sífilis é discutida em reunião em Brasília; 2007. Available from: <http://www.aids.gov.br/noticia/qualidade-da-notificacao-da-sifilis-e-discutida-em-reuniao-em-brasilia>
22. Miranda AE, Rosetti Filho E, Trindade, CR, Gouveia GM, Costa DM, Oliveira TG, França LC, Dietze R. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2009 Jul/Aug [cited 2013 June 11];42(4):386-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000400006&lang=pt
23. Pitombeira HCS, Teles LMR, Paiva JSP, Rolim MO, Freitas LV, Damasceno AKC. Prenatal care in the family health strategy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2012 Nov 22];4(1):615-21. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/804/pdf_49

Submissão: 11/06/2013

Aceito: 26/09/2013

Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Deise Maria do Nascimento Sousa
 Av. Francisco Sá, 3572 / Bloco X / Ap. 203
 Bairro Carlito Pamplona
 CEP: 60310-001 – Fortaleza (CE), Brasil