

Sífilis gestacional em Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, no ano de 2016: perfil epidemiológico

Gestational syphilis in Cachoeirinha/Rio Grande do Sul/Brazil, in 2016: epidemiological profile

Gisele Cristina Tertuliano¹
Virgínia Petrini Maszlock²

Resumo: O objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico da sífilis na gravidez, a partir dos casos notificados no ano de 2016 em Cachoeirinha, RS, Brasil. Trata-se de um estudo do tipo transversal e documental, com abordagem quantitativa, realizado no banco de dados da Secretaria Estadual da Saúde (SinanNet). A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis em gestantes notificados no SinanNet e disponibilizados no ano de 2016. A coleta de dados foi realizada em julho de 2017. Foram identificadas 16 gestantes com sífilis entre 2012 e 2016. Foram 270 casos de sífilis adquirida em 2016 e 11 casos de sífilis gestacional. Apenas uma gestante de cor negra. Os dez casos restantes ocorreram em grávidas de cor branca. Prevaleceu a faixa etária de 20 a 29 anos, com oito casos neste intervalo de idades. Em segundo lugar, a faixa etária entre 30 a 39 anos. Não foram encontradas as demais faixas etárias. É necessária a adoção de novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da sífilis congênita.

Palavras-chave: Gestantes; Cuidado Pré-natal; Sífilis Congênita.

Abstract: To describe the epidemiological profile of syphilis in pregnancy is the objective of these studies from the cases reported in 2016 in Cachoeirinha/RS/ Brazil. The study is of type cross-sectional and documentary, with a quantitative approach, carried out in the database of the State Health Secretariat (SinanNet). The study population consisted of all cases of syphilis in pregnant women reported in SinanNet and made available in 2016. Data collection was performed in July 2017. Sixteen pregnant women with syphilis were identified between 2012 and 2016. There were 270 cases of syphilis acquired in 2016 and 11 cases of gestational syphilis. There was only one pregnant woman with black color. The remaining 10 cases occurred in white pregnant women. The age range of 20 to 29 years old prevailed, with eight cases in this age range. Second, the age range between 30 to 39 years. The other age groups were not found. Adoption is necessary of new strategies for effectiveness of prenatal care provided and consequent reduction in the incidence of congenital syphilis.

Keywords: Pregnant women; Prenatal care; Congenital syphilis.

1 INTRODUÇÃO

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil. E-mail: giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail: virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

A sífilis é uma doença muito antiga e de origem incerta, a qual apresenta um histórico de pelos menos 500 anos na humanidade, com relatos sobre sua existência na Europa durante o final do século XV e início do século XVI, e alcançando países como Índia e China (SINGH, ROMANOWSKI, 1999). Acredita-se que o nome sífilis tenha sido criado e usado pela primeira vez em 1530, em um poema de Hieronymus Fracastorius (ORIEL, 1994 apud SINGH, ROMANOWSKI, 1999).

A sífilis ainda é um grave problema de saúde pública nos países do continente americano. Percebe-se, desde 2010, a continuação de uma situação de vulnerabilidade da população exposta em acessar os serviços de saúde e tratar adequadamente a doença, ocasionando o aumento dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal (OPAS, 2014).

O agente causador da sífilis é a espiroqueta *Treponema pallidum*. O treponema é patógeno exclusivo do ser humano. A sífilis pode ser transmitida pela via sexual (sendo chamada de sífilis adquirida) e pela placenta, verticalmente (sendo chamada de sífilis congênita) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A transmissão dessa bactéria através das relações sexuais contamina os expostos em torno de 60% nos estágios iniciais da doença. É uma infecção sexualmente transmissível (IST) de evolução crônica (SECRETARIA DA SAÚDE, RIO GRANDE DO SUL, 2016). A sífilis está classificada de acordo com o tempo de infecção e manifestações clínicas; a história natural da doença alterna períodos distintos (sífilis primária, secundária, terciária e latente) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). O diagnóstico deve levar em conta a história clínica, exame físico e laboratoriais. Segundo recomendação da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2016), a sífilis classifica-se em:

Sífilis primária: presença de lesão ulcerada ou cancro duro, com período de duração de 2 a 6 semanas e que desaparece espontaneamente independente de tratamento.

Sífilis secundária: presença de lesões mucocutâneas características e linfonodos. Os sintomas surgem entre 6 semanas e 6 meses após a infecção, também podendo desaparecer espontaneamente em poucas semanas independente de tratamento.

Sífilis latente recente: quando a infecção ocorreu em um período menor de 1 ano e sem presença de sinais e sintomas atuais, com reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos.

Sífilis latente tardia: infecção com mais de 1 ano ou com duração ignorada, não se observado nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis.

Sífilis terciária: ocorre após um longo período de latência (mais de dois anos). As manifestações clínicas são doença cardiovascular, neurológica e óssea (goma sífilítica). (SECRETARIA DA SAÚDE, RIO GRANDE DO SUL, 2016, p.26).

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória desde 2005, através da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (SAÚDE, 2005). A notificação deve ser realizada exclusivamente pelos serviços de saúde, para possibilitar o controle epidemiológico (BRASIL, 2015a). Um dos exames necessários para a gestante é o teste rápido (TR) de sífilis, disponível nos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2015a). É prático e de fácil execução, fornecendo o resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil. E-mail: giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail: virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

laboratorial. O TR de sífilis é distribuído pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (DDAHV/SVS/MS), como parte da estratégia para ampliar a cobertura diagnóstica dessas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Quando o TR for utilizado como triagem, nos casos positivos (reagentes), uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial (não treponêmico) para confirmação do diagnóstico.

Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste positivo (reagente), sem precisar aguardar o resultado do segundo teste. O tratamento de primeira escolha para a sífilis em gestantes através da administração da penicilina benzatina, o único medicamento capaz de atravessar a placenta e alcançar o feto (BRASIL, 2015a).

No Brasil, a prevalência média de sífilis em parturientes, em um estudo de base populacional foi de 0,89%. Na região sul do país foi de 0,48% (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015). No município de Cachoeirinha esse indicador representou 0,54 % em 2016.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo estabelecer o perfil das gestantes notificadas com sífilis no município de Cachoeirinha no ano de 2016.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal e documental, com abordagem quantitativa, realizado no banco de dados da Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SinanNet (desktop).

A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis em gestantes notificados no SinanNet e disponibilizados no ano de 2016.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2017 a partir do banco de dados que contém as informações compiladas das fichas do SINAN. As variáveis investigadas foram: número de casos de sífilis em gestante, raça, escolaridade, faixa etária e realização do pré-natal.

3 RESULTADOS

É um fato relevante o aumento dos casos de sífilis em gestante, principalmente a partir da introdução da testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites virais para toda a população. No ano de 2012 eram dois casos de sífilis em gestante, em 2013 foi um caso notificado no

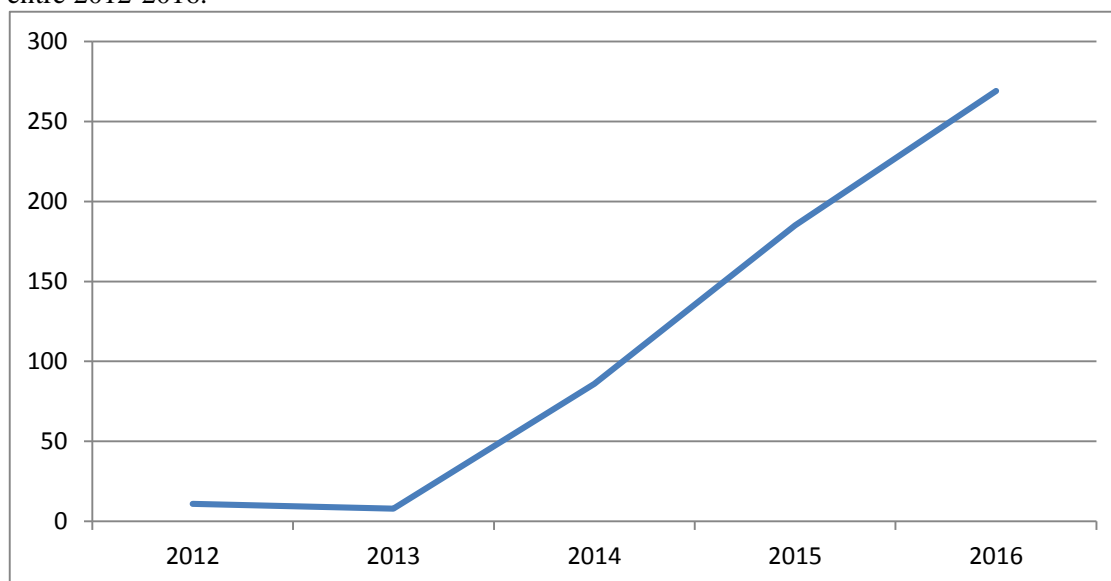
¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

município de Cachoeirinha, em 2014 houve um aumento para três casos, no ano de 2015, 7 casos e em 2016 foram 11 casos.

A partir da busca realizada no banco de dados observa-se em Cachoeirinha uma tendência de aumento na incidência da sífilis adquirida, no período de 2012 a 2016, como pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição do total de casos de sífilis adquirida na população de Cachoeirinha, no período entre 2012-2016.



Adaptado de: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS/Cachoeirinha, 2017.

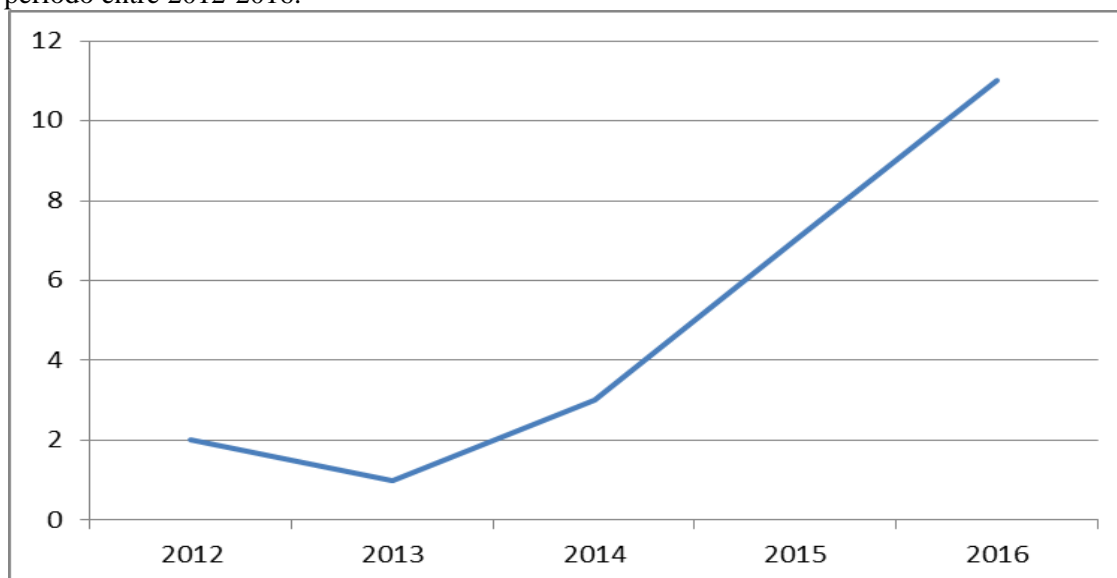
Fonte: elaboração das autoras, 2017.

Em 2012, os casos de sífilis adquirida eram menores que 50. Em 2013 inicia uma rápida ascensão, para 80 e 190, respectivamente em 2014 e 2015. Em 2016, o total registrado foi de 270. Esta rápida ascensão tem reflexos nos casos de sífilis gestacional, os quais também aumentaram, porém em número menos expressivo, como pode ser visto no Gráfico 2.

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

Gráfico 2 - Distribuição do total de casos de sífilis gestacional na população de Cachoeirinha, no período entre 2012-2016.



Adaptado de: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS/Cachoeirinha, 2017.

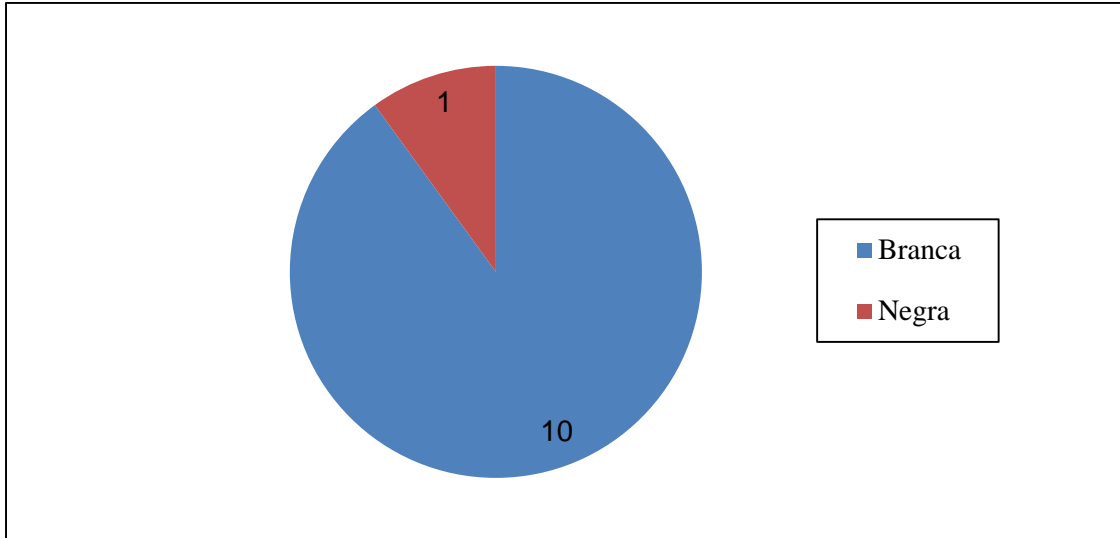
Fonte: elaboração das autoras, 2017.

Em 2012, houve apenas dois casos notificados de sífilis gestacional. No ano seguinte, houve redução para um único caso. Em 2014, houve quatro casos, em 2015 e 2016, observa-se uma ascensão, ocorrendo sete e 11 casos, respectivamente. Dos onze casos notificados em 2016, a cor da gestante foi pesquisada, encontrando-se apenas uma gestante de cor negra. Os dez casos restantes ocorreram em grávidas de cor branca (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos casos de sífilis em gestante, segundo a cor no ano de 2016 em Cachoeirinha, 2016.

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

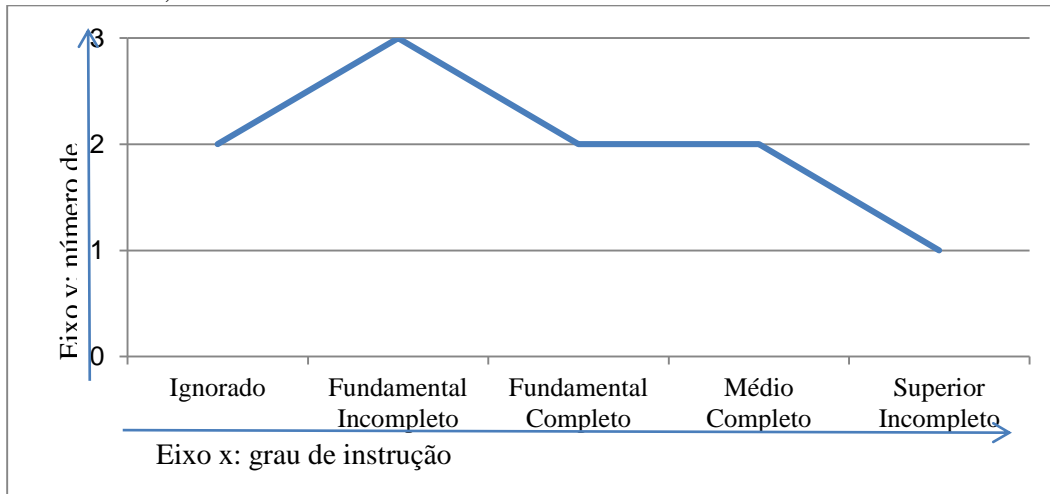
²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br



Adaptado de: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS/Cachoeirinha, 2017.
Fonte: elaboração das autoras, 2017.

Também foi avaliado o grau de instrução das gestantes. Três delas possuíam o ensino fundamental incompleto. Duas possuíam o ensino médio completo. Demais dados são mostrados no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição dos casos de sífilis em gestante em 2016, de acordo com o grau de instrução, Cachoeirinha, 2017.



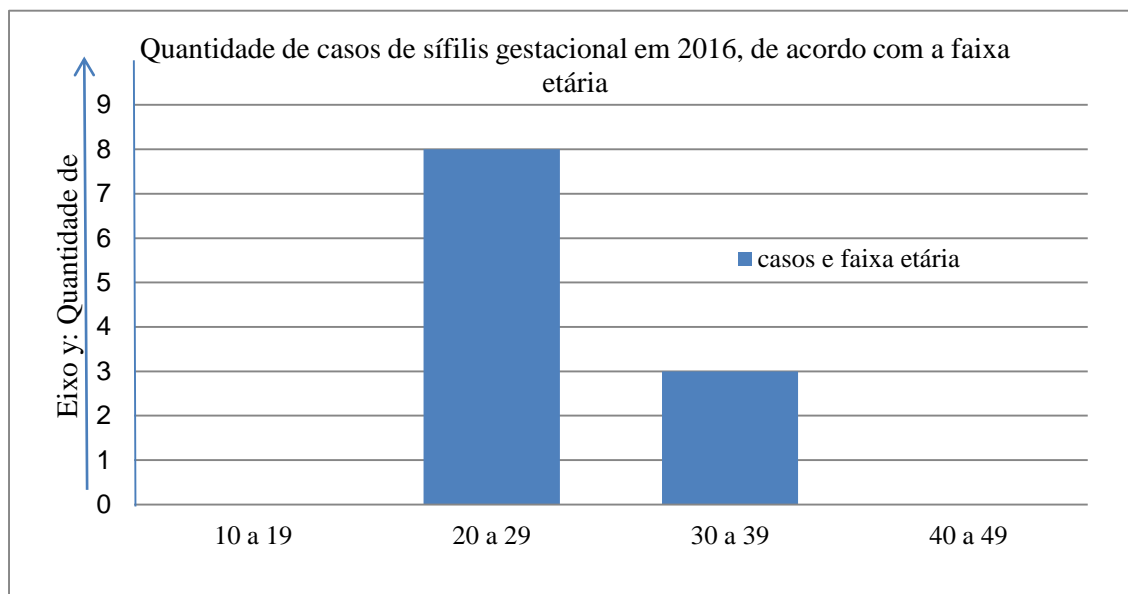
Adaptado de: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS/Cachoeirinha, 2017.
Fonte: elaboração das autoras, 2017.

Nos casos de sífilis gestacional no período estudado, prevaleceu a faixa etária de 20 a 29 anos, com oito casos neste intervalo de idades. Em segundo lugar, a faixa etária entre 30 a 39 anos. Não foram encontradas as demais faixas etárias (Gráfico 5).

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil. E-mail: giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail: virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

Gráfico 5 - Distribuição dos casos de sífilis em gestante conforme a faixa etária, entre os anos 2012 e 2016, Cachoeirinha, 2017.



Adaptado de: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS/Cachoeirinha, 2017.

Fonte: elaboração das autoras, 2017.

4 DISCUSSÃO

A vigilância sensível da sífilis segue os pressupostos do Sistema de Vigilância Epidemiológica baseado na definição de caso para a identificação dos indivíduos que apresentam um agravo de interesse para o monitoramento das condições de Saúde de uma determinada população. O caso pode ser definido como o conjunto de critérios utilizados para definir se um indivíduo deve ser considerado um caso do agravo sob investigação (doença ou evento adverso à saúde) (WALDMAN, 1998). Devem ser incluídos no caso, os critérios para definir pessoa, espaço, tempo, características clínicas, laboratoriais e epidemiológicas, além de sensibilidade, especificidade e viabilidade dos testes (PENNA; LAGUARDIA, 1999).

O teste rápido é uma tecnologia do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV, à detecção da sífilis e das hepatites virais B e C. O aumento dos casos de sífilis adquirida pode ser explicado pela facilidade do acesso à testagem, apesar da subnotificação.

Os casos de sífilis adquirida em ascensão remetem para a necessidade de reavaliação das ações de atenção básica para tratamento dos casos diagnosticados e proporcionar medidas educativas para evitar a reinfecção. É preciso orientar a população sobre a importância da

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil. E-mail: giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail: virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

prevenção desta doença, sobre a importância da sociologia do corpo e práticas associadas aos cuidados em saúde, visando à redução dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita consequentemente.

As mulheres consideradas mais vulneráveis são as adolescentes, as usuárias de drogas e as desempregadas, devido a dificuldades para usufruir dos serviços de saúde, tornando a ocorrência da sífilis congênita associada ao baixo nível socioeconômico (OPAS, 2014).

Para a prevenir a sífilis, recomenda-se como medidas à população: o uso regular de preservativos; a redução do número de parceiros sexuais; o diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros; a realização do teste VDRL em mulheres com intenção de engravidar e o tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros (SAÚDE, 2001).

A definição de caso de sífilis em gestantes, para fins de vigilância epidemiológica, é:

Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2006, p.27).

Por isso, o Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da 30ª semana gestacional. Deve-se ainda realizar um VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado após o tratamento. São consideradas adequadamente tratadas as gestantes que tenham sido medicadas com penicilina G benzatina, com dosagem adequada à fase clínica da doença, cujo tratamento tenha sido concluído pelo menos 30 dias antes do parto e que seu parceiro tenha sido concomitantemente tratado.

Segundo Garcia e Souza (2010), a vulnerabilidade passou a ser considerada como um determinante em saúde a partir da década de 1990, numa intersecção de vários campos do saber, que permitiu ampliar as discussões sobre desigualdade social, diversidade sexual, raça/etnia, preconceito e discriminação, entre outros fatores que afetam o modo de viver de diversos segmentos populacionais. De acordo com Ayres et al (2003) (apud GARCIA; SOUZA, 2010, p. 10), o conceito de vulnerabilidade foi estabelecido como:

conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

A identificação do quesito raça/cor é uma variável importante para o preenchimento dos documentos de saúde, pois fornece informações sobre quais doenças determinados grupos

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

étnicos estão expostos. Segundo a Política Nacional da Saúde da População Negra, é importante considerar a autodeclaração da cor, numa perspectiva em que a consciência da cor da sua pele é um referencial de autoestima e consciência de si e não algo a ser negado pelo usuário ou omitido pelos profissionais durante a notificação, para que subsidie os reais riscos de saúde que determinados grupos estão expostos, sejam brancos ou negros com o objetivo de promover a equidade em saúde (SOUTO et al., 2016).

Na pesquisa Nacer no Brasil, composta por puérperas e seus recém-nascidos e realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, apenas 8,9% das mulheres entrevistadas haviam concluído o ensino superior. No município de Cachoeirinha 10% das gestantes possuíam o ensino superior (n=1). O acesso à educação é um determinante que pode submeter os indivíduos a um maior ou menor risco de adoecer, de acordo com a sua escolaridade. O grau de escolaridade é considerado um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade dos chefes de família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos. Quanto menor o acesso à educação, maior são as chances de adoecimento e exposição aos fatores de risco. Em relação às ISTs, muitas pessoas adoecem e não procuram os serviços de saúde devido a influências culturais que impedem que relatem sua exposição a um tema da saúde pública ainda considerado tabu para algumas pessoas, como o sexo e a mudança de hábitos machistas arraigados na sociedade (LEVORATO et al., 2014).

Na pesquisa Nacer no Brasil foi evidenciado que quanto menor a escolaridade da mulher, maior a ocorrência de infecção pela sífilis. No município de Cachoeirinha, 60% das gestantes com sífilis apresentavam o ensino fundamental incompleto (n=4) e o ensino fundamental completo (n=2).

Mulheres jovens compõem o perfil das gestantes com sífilis em Cachoeirinha. O trabalho intersetorial contínuo poderá amenizar os riscos para a transmissão da doença, implementando e fortalecendo ações para as ações de promoção à saúde na prevenção das ISTs.

Uma das sugestões deste relato é que a Atenção Básica possa ser uma porta de entrada dessas mulheres/gestantes para a detecção precoce, tratamento e prevenção de recidivas da sífilis (MIRANDA et al., 2012). Outro equipamento social importante pra a prevenção dessas infecções é a escola, temos como exemplo de intersetorialidade em saúde o Programa Saúde na Escola e o Saúde e Prevenção nas Escolas.

A decorrência de uma gestante com sífilis que não concluiu o tratamento, não realizou o pré-natal ou não tratou o parceiro e se reinfectou é a sífilis congênita, problema grave de

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil. E-mail: giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail: virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

saúde pública que aumenta de forma preocupante em todo território nacional (LOPES et al, 2016) e que acometeu 22 crianças residentes em Cachoeirinha no ano de 2016. A atuação da Atenção Básica à Saúde é essencial no combate à sífilis congênita, por ser a principal porta de entrada dos serviços. No modelo das equipes de Saúde da Família encontramos o elo mais próximo entre profissional e paciente e fundamental para a mudança no quadro epidemiológico da doença. É importante que a gestão dos serviços de saúde avalie a complexidade do problema sob a ótica interdisciplinar em saúde.

A sífilis em gestante e a sífilis congênita podem ser evitadas. Para Domingues (2013):

Práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal são efetivas para a prevenção de casos. Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde.

A maior prevalência de sífilis na gestação no município de Cachoeirinha ocorre em mulheres residentes com baixa condição socioeconômica e acesso fragilizado aos serviços de saúde, o que torna um desafio o controle da sífilis nessa população. Conforme os protocolos ministeriais, é fundamental a notificação de todos os casos, para o conhecimento da real dimensão do problema, para o subsídio de ações a serem implementadas ou reavaliadas para o planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2015b). Campos et al (2010), apresenta a fragilidade do sistema de vigilância das sífilis:

Apesar da magnitude, esses números estão subestimados, pois a falta de notificação é uma realidade em muitos países. Na América Latina, estima-se a subnotificação de 34% no Peru, 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela. No Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados. Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto.

O objetivo do sistema de vigilância é informar para proporcionar ação, assim a notificação dos casos de sífilis é uma ferramenta indispensável para desencadear ações de promoção, proteção, detecção e tratamento dos casos.

5 CONCLUSÃO

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

Neste estudo, evidenciamos a ascensão da sífilis gestacional no município de Cachoeirinha, RS, com predomínio de mulheres de cor branca, na faixa etária de 20 a 29 anos e com ensino fundamental incompleto. É importante a percepção da mudança epidemiológica dentro do período de um ano, para que medidas de promoção e prevenção sejam implantadas, tendo em vista os enormes danos que a sífilis causa à gestante e ao seu conceito. As vulnerabilidades sociais destas gestantes devem ser adequadamente tratadas nas políticas de saúde. Estas gestantes devem receber acompanhamento e orientações pelos profissionais de saúde, para o estabelecimento de vínculo, contribuindo para a adesão ao tratamento, o qual é eficaz, simples e de baixo custo.

REFERÊNCIAS

AVALLEIRA, J.C.R; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** An.Bras. Dermatol. 2006, n.81, v.2, p. 111-26.

AYRES, J. C. R. M. *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na atenção básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015a, p.96.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Curso Rápido de Vigilância Epidemiológica de HIV, Aids e Sífilis – CRVE – HIV/Aids/Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde. 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Sífilis na gravidez: trate com carinho.** Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf>. Acesso em 27 ago 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 13 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso.** 2.ed. 72p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS *et al.* **Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.34, n.9, p.397-402, set. 2012. Disponível em:

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 ago 2017.

CUNHA, A.R.C; MERCHAN-HAMANN, E. **Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011.** Rev.Panam Salud Publica, Washington, v.38, n.6, p.479-486, dez.2015. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001100007>.
Acesso em: 21 set 2017.

DOMINGUES *et al.* **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.47, n.1, p.147-157. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago 2017.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. **Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração.** Saúde Soc.: São Paulo, v.19, s.2, p.9-20, 2010.
LAGUARDIA, J.; PENNA, M.L. Definição de caso e vigilância epidemiológica. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v.8, n.4, p.63-66, dez. 1999. Disponível em:
<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2017.

LEVORATO *et al.* **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1263-1274, abr, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263>. Acesso em: 15 jul 2017.

LOPES *et al.* **Adhesion to the monitoring of newborns from VDRL positive mothers.** MedicalExpress (São Paulo, online), São Paulo, v. 3, n. 6, M160602, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292016000600002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 ago 2017.

MIRANDA *et al.* **Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v.87, n.1, p.76-83, Fev 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jul 2017.

OPAS. Organización Pan-Americana de la Salud. Actualización del 2014. **Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis em las Américas** [Internet]. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud; 2014. Disponível em:
<<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31358/9789275319522-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 28 ago 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de ações em Saúde. Seção Estadual de Controle de DST/AIDS. **Prevenção da transmissão vertical do HIV,**

¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:
virginiafarmaceutica@yahoo.com.br

sífilis congênita e hepatites B e C: guia para maternidades. SORTICA, A.C.; FRANCO, B.B.; SILVESTRE, M.G.P. (Org.), Porto Alegre, 2016.

SAÚDE, Ministério da. Portaria MS/SVS nº 33, de 14 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2005.

SINGH, A.E.; ROMANOWSKI, B. **Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features.** Clin Microbiol Rev, n.12, p.187-209, 1999.

SOUTO *et al.* **Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?** Ensaio. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 49-62, Dez. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago 2017.

WALDMAN, E.A; ROSA, T.E.C (col.). **Vigilância em saúde pública.** 1.ed. v.7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar.



¹CESUCA, Cachoeirinha, RS, Brasil.E-mail:giseletertuliano@cesuca.edu.br.

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,Cachoeirinha, RS, Brasil E-mail:virginiafarmaceutica@yahoo.com.br