

Gislayne Vieira Almeida

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Especialista em Gestão em Saúde.
Enfermeira plantonista da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI. UESPI.
Parnaíba, Piauí

Danielle Souza Silva Varela

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e da
Faculdade Maurício de Nassau – Departamento de Enfermagem. Parnaíba, Piauí

Gracyanne Maria Oliveira Machado

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Enfermeira da Atenção Básica de Parnaíba – PI.
Universidade Estadual Vale do Acaraú. Parnaíba, Piauí

Geane Xavier de Farias Santana

Enfermeira. Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela UEPB.
Especialista em Saúde da Família. Parnaíba, Piauí

RESUMO

Objetivou-se investigar o perfil epidemiológico de gestantes com sífilis no Município de Parnaíba-Piauí, entre 2009 a 2016. Pesquisa documental do tipo descritiva, retrospectiva com abordagem quantitativa, desenvolvida a partir da análise de fichas de investigação disponíveis no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2017 e os critérios de inclusão estabelecidos foram casos notificados e confirmados de Sífilis Gestacional entre 2009 e 2016. Constatou-se 84 casos de sífilis gestacional no município pesquisado, a maioria residia na zona rural, na faixa etária de 20 a 34 anos, parda, ensino fundamental incompleto, segundo trimestre da gestação, e classificação clínica de sífilis primária. Duas gestantes não seguiram o tratamento. Quanto ao tratamento do parceiro, 1/3 teve o preenchimento do item ignorado. Conclui-se que é relevante conhecer a situação da sífilis gestacional no local de atuação, para melhor elaborar estratégias de prevenção e controle dessa doença no âmbito dos serviços de pré-natal. A análise do banco de dados do SINAN expõe a necessidade de aprimoramento quanto ao preenchimento da ficha de investigação da sífilis gestacional, visto o expressivo número de variáveis com preenchimento ignorado, que, inclusive, limitou a análise desta pesquisa.

Palavras-Chave: Sífilis; Gestação; Pré-natal; Perfil de Saúde.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), de evolução crônica, causada por uma bactéria denominada *Treponema pallidum*, cuja transmissão se dá por via sexual, vertical, por transfusão de sangue e contato com sangue contaminado. Se adquirida durante a gestação, a sífilis se torna ainda mais preocupante e requer intervenção imediata, pois pode ser transmitida ao feto em qualquer fase da gestação ou na hora do parto ⁽¹⁾.

Durante a gestação a sífilis pode ter como consequência abortamentos, óbito fetal, nascimentos de fetos prematuros ou até mesmo nascimentos seguidos de morte. Uma sífilis gestacional não tratada ou inadequadamente tratada pode ocasionar à sífilis congênita, que consiste no resultado da transmissão por via placentária do *Treponema pallidum*, da gestante para o seu filho.

A transmissão da sífilis para o feto depende do estágio da doença em que a gestante se encontra (primário, secundário, terciário ou latente). Quanto mais recente a infecção, maior será o comprometimento fetal ⁽²⁾. Por isso, o controle e a prevenção da sífilis congênita estão diretamente ligados ao comprometimento dos serviços de atenção básica em relação à qualidade do atendimento pré-natal oferecido as gestantes. Nessa oportunidade, deve ser garantido o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sífilis gestacional, evitando a transmissão vertical da doença ⁽³⁾.

A notificação a vigilância epidemiológica e o tratamento do parceiro também são muito importantes neste sentido ⁽⁴⁾. A Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, incluiu a Sífilis em Gestante na lista de agravos de notificação compulsória no Brasil, com o intuito de controlar a transmissão vertical dessa doença e acompanhar o comportamento da infecção nas gestantes para planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle ⁽⁵⁾.

A gestante deve ser encorajada a realizar o Pré-natal desde o início da gravidez, pois através dele é possível detectar a sífilis precocemente através do exame Venereal Disease Research Laboratory, o VDRL, que é ofertado durante este acompanhamento. O recomendado é que sejam solicitados no pré-natal no mínimo três VDRL, um no início da gestação, o seguinte no início do terceiro trimestre e o último no momento da internação, seja para o parto ou para curetagem em casos de abortamento ⁽¹⁾, permitindo a identificação e o tratamento em tempo hábil para evitar a transmissão vertical.

O exame para a detecção da Sífilis, o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) é realizado durante essa assistência. O recomendado é que sejam solicitados no pré-natal no mínimo três VDRL, um no início da gestação, o seguinte no início do terceiro trimestre e o último no momento da internação, seja para o parto ou para curetagem em casos de abortamento ⁽¹⁾. Por isso, a gestante deve ser encorajada a realizar o Pré-natal desde o início da gravidez, pois através dele é possível detectar a sífilis gestacional precocemente, permitindo o tratamento em tempo hábil e assim evitando sua transmissão vertical.

É válido, pois, ressaltar que a melhor e mais eficaz forma de profilaxia da Sífilis ainda é o uso de preservativo nas relações sexuais. Orientações sobre DST, que envolvam sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção, aconselhamento de mulheres e homens com uma vida sexualmente ativa a realizar VDRL periodicamente, assim como mulheres que planejam engravidar, são estratégias importantes neste sentido.

Acredita-se que verificar a situação da sífilis gestacional em dadas localidades é de extrema significância, para conhecer o perfil dos acometidos por esta doença no município, possibilitando a elaboração de medidas de prevenção e controle da doença e ainda uma assistência diferenciada a essa população, conforme sua realidade.

A preocupação com a incidência das DST, à persistência de relações sexuais desprotegidas e as consequências negativas da sífilis gestacional para gestantes e fetos são fatores motivadores para a realização desta pesquisa que apresenta como questões norteadoras: Qual a incidência da Sífilis gestacional nos últimos anos no município de Parnaíba-Piauí? Qual o perfil epidemiológico das gestantes notificadas? Acredita-se que as respostas a essas perguntas auxiliem num direcionamento mais preciso das ações epidemiológicas sobre sífilis no município, além de contribuir para discussão da literatura especializada sobre o tema, colaborando com a construção do conhecimento.

O objetivo do presente estudo é investigar o perfil epidemiológico de gestantes com sífilis no Município de Parnaíba-Piauí, entre 2009 a 2016.

METODOLOGIA

Para conhecer e assimilar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico das gestantes com Sífilis adotou-se uma pesquisa documental do tipo descritiva, retrospectiva com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi desenvolvida na Vigilância Epidemiológica do Município de Parnaíba, que fica na região Norte do estado do Piauí, localizado a 366 km da capital, Teresina. Parnaíba conta com uma população estimada para 2017 de 150.547 habitantes em uma área territorial de 435,573 km², segundo dados obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁽⁶⁾.

A análise dos dados foi a partir das Fichas de Investigação de Sífilis Gestacional, disponíveis no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ocorreu em dezembro de 2017 e os critérios de inclusão estabelecidos foram: casos notificados e confirmados de Sífilis Gestacional entre 2009 e 2016, através do SINAN pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou pelo Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do município de Parnaíba. A finalidade foi investigar somente os casos confirmados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram excluídos os casos não confirmados de Sífilis Gestacional e os que não residiam no município de Parnaíba, seja em área urbana ou rural.

Os dados foram tabulados no banco de dados do Microsoft Excel 2013, e foram processados através de uma manipulação descritiva com cálculos de frequência absoluta e percentual apresentados em tabelas e gráficos.

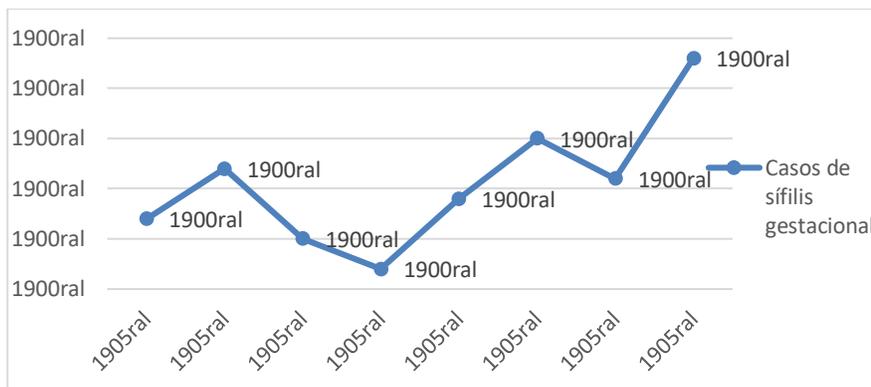
A pesquisa seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aborda estudos com seres humanos, sendo requerida a autorização ao setor de vigilância epidemiológica por meio da Solicitação de Autorização para Pesquisa Acadêmico-científica e adquirida autorização para coleta de dados.

RESULTADOS

Esta pesquisa permitiu identificar o Perfil Epidemiológico da Sífilis Gestacional, no município de Parnaíba, no período de cinco anos (2009-2016), através dos registros do banco de dados do SINAN.

O gráfico a seguir evidencia o total de casos confirmados de Sífilis Gestacional, notificados entre 2009 a 2016 (n=84) distribuídos por ano (Gráfico 01).

Gráfico 01. Número de casos confirmados de sífilis gestacional por ano, entre 2009 e 2016. Parnaíba, Piauí, 2009-2016 (n=84)



Conforme demonstrado nas fichas de investigação constatou-se que 80,9% dos casos confirmados de Sífilis Gestacional ocorreram na zona urbana de Parnaíba, 14,2% na zona rural e 4,7% na zona peri urbana. Quanto à faixa etária, 4,7% dos casos ocorreram em menores de 15 anos; 26,1% entre 15 a 19 anos; 65,4% entre 20 a 34 anos e apenas 3,5% ocorreram na faixa etária de 35 a 49 anos. Quanto à escolaridade, 1,1% são analfabetos; 39,2% possuem o ensino fundamental incompleto; 4,7% possuem o ensino fundamental completo; 14,2% possuem o ensino médio incompleto; 21,4% possuem o ensino médio completo; 0,0% possuem ensino superior incompleto; 0,0% possuem ensino superior completo e 19,0% com nível de escolaridade ignorado. Quanto a raça/cor, 14,2% das gestantes são brancas; 5,9% pretas; 0,0% amarela; 75,0% são pardas; 0,0% indígena e 4,7% ignorado (Tabela 01).

Tabelas 01- Distribuição dos casos notificados de sífilis gestacional segundo a zona de residência, faixa etária, escolaridade e raça. Parnaíba, Piauí, 2009-2016 (n=84)

Variáveis	N	%
Zona de Residência		
Urbana	68	80,9
Rural	12	14,0

Peri urbana	4	4,7
Faixa Etária (em anos)		
Abaixo de 15	4	4,7
15 a 19	22	26,1
20 a 34	55	65,4
35 a 49	3	3,5
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,1
Ensino Fundamental Incompleto	33	39,2
Ensino Fundamental Completo	4	4,7
Ensino Médio Incompleto	12	14,2
Ensino Médio Completo	18	21,4
Educação Superior Incompleta	-	-
Educação Superior Completa	-	-
Ignorado	16	19,0
Raça/Cor		
Branca	12	14,2
Preta	5	5,9
Amarela	-	-
Parda	63	75,0
Indígena	-	-
Ignorado	4	4,7

Quanto à idade gestacional (trimestre) em que as mulheres foram notificadas com sífilis gestacional, 8,3% ocorreram no primeiro trimestre; 51,1% no segundo trimestre; 39,2% no terceiro trimestre e 1,1% tiveram a idade gestacional ignorada. Da classificação clínica da sífilis, 28,5% possuíam sífilis primária; 3,5% sífilis secundária; 11,9% sífilis terciária; 9,5% estavam no período de latência e 46,4% dos casos foram ignorados quanto a classificação clínica da doença. Em relação ao esquema de tratamento da gestante, 45,2% foram tratadas com Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI; 14,2% com Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI; 30,9% com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI; 3,5% utilizaram um esquema de tratamento diferente dos citados anteriormente; 2,3% das gestantes não realizaram nenhum tipo de tratamento e 3,5% foram ignorados ou não souberam informar o esquema de tratamento. O tratamento do parceiro foi outro dado investigado, 32,1% realizaram o tratamento; 34,5% não realizaram tratamento e 33,3% tiveram o preenchimento do item tratamento ignorado (Tabela 02).

Tabela 02- Distribuição dos casos notificados de sífilis gestacional segundo a idade gestacional, classificação clínica, esquema de tratamento e tratamento do parceiro. Parnaíba, Piauí, 2009-2016 (n=84).

Variáveis	N	%
Idade Gestacional (Trimestre)		
1º Trimestre	7	8,3
2º Trimestre	43	51,1
3º Trimestre	33	39,2
Ignorado	1	1,1
Classificação Clínica		
Primária	24	28,5
Secundária	3	3,5
Terciária	10	11,9

Latente	8	9,5
Ignorado	39	46,4
Esquema de Tratamento		
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	38	45,2
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	12	14,2
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	26	30,9
Outro Esquema	3	3,5
Não Realizado	2	2,3
Ignorado	3	3,5
Tratamento do Parceiro		
Sim	27	32,1
Não	29	34,5
Ignorado	28	33,3

DISCUSSÃO

A Sífilis Gestacional foi inserida como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória em consequência das altas taxas de prevalência e de transmissão vertical, as quais não apresentam tratamento ou tiveram um tratamento inadequado ⁽⁷⁾. Nos últimos anos, houve um aumento gradual no número de notificações de Sífilis Gestacional na rede de atenção Pré-Natal, provavelmente relacionado ao fortalecimento desses serviços na atenção básica por meio da Rede Cegonha, o que assegurou um aumento nas testagens de gestantes e o acompanhamento dos casos ⁽⁸⁾.

Através desta pesquisa foi possível constatar o total de casos de Sífilis Gestacional notificados durante o período de 2009 a 2016, que totalizou 84 casos. No ano de 2009, foram notificados sete casos; no ano seguinte, ocorreu um aumento, sendo registrados 12 casos; nos anos de 2011 e 2012, verificou-se uma gradual redução desses casos, sendo que em 2012 houve apenas dois casos notificados (o que leva a questionar a existência de possíveis subregistros, devido à diferença quanto à média de casos registrados nos outros anos analisados na pesquisa); em 2013, o número de casos voltou a aumentar, 2014 foram notificados quinze casos, em 2015 teve uma redução em relação ao ano anterior, sendo registrados onze casos, e 2016 foi o ano que obteve mais casos, totalizando vinte e três ocorrências.

Acredita-se que o aumento no número de notificações se deu em virtude de uma melhora nos serviços de pré-natal oferecidos na Atenção Básica, onde contam com testagens sorológicas para as principais doenças que possam acometer a gestação. Como os exames de pré-natal em papel de filtro, realizado nas próprias UBS, a partir de 2014, cuja coleta de sangue é através de punção digital e posterior transferência para o papel de filtro, não havendo necessidade de a gestante está em jejum. As amostras são analisadas pelo Laboratório Central (LACEN) do Piauí e dentro de dez dias já é possível obter o resultado, sendo Rubéola IgM, Toxoplasmose IgG e IgM, Citomegalovírus IgG e IgM, Hepatite B, Sífilis e HIV.

Observou-se a partir dos dados coletados que a maioria dos casos de Sífilis Gestacional reside na área urbana. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Pires ⁽⁹⁾ em estudo realizado na cidade de Santarém, no estado do Pará, que também foi analisado a área de residência das gestantes com Sífilis. Possivelmente, a maioria dos casos notificados eram oriundos da zona urbana devido os serviços de saúde serem mais acessíveis que nas áreas rurais e peri urbanas, o que facilita a proximidade e o diagnóstico de agravos.

No presente estudo, a maior parte dos casos de Sífilis Gestacional ocorreu na faixa etária de 20 a 34 anos. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Campos ⁽¹⁰⁾ em estudo realizado na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, o qual também analisou a faixa etária das gestantes com Sífilis. Supostamente, a maioria dos casos ocorridos nessa faixa etária esteve interligado com a faixa etária de vida sexual ativa, que, de acordo com estatísticas, 28,5% das pessoas entre 20 e 29 anos são sexualmente ativas (BRASIL, 2003). Segundo o Ministério da Saúde ⁽⁸⁾, na série histórica de 2005 a 2017, foi observado um considerável aumento nas notificações de Sífilis Gestacional em todas as regiões do país, em relação aos anos anteriores e, mais da metade dos casos ocorreram em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos. Também foi significativo o número de gestantes com sífilis na faixa

etária de 15 a 19 anos, sendo que a adolescência é um fator de risco para as DST devido ao início precoce da atividade sexual e por não estarem bem informados para tal.

Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que a maior parte das gestantes com Sífilis possuem Ensino Fundamental incompleto, havendo apenas um caso de analfabetismo, tendo ainda uma percentagem significativa com o nível de escolaridade ignorado. Quanto a isso, o Ministério da Saúde expõe que no ano de 2016 mais de ¼ dos casos de Sífilis Gestacional tiveram o nível de escolaridade da gestante ignorado, e retirando os casos com escolaridade ignorada, mais da metade das mulheres não tinham o ensino médio completo ⁽⁸⁾. Nessa pesquisa, de acordo com os dados obtidos, é possível perceber que o nível de escolaridade das gestantes portadoras de Sífilis continua baixo, ou seja, a doença ainda está relacionada a baixos níveis de escolaridade. O que mostra a importância de trabalhar atividades educativas sobre infecções sexualmente transmissíveis e a adoção de métodos de prevenção com a população sexualmente ativa.

Quanto à idade gestacional das mulheres no momento da notificação da Sífilis, obteve-se que mais da metade dos casos foram notificados no segundo trimestre da gestação, tendo ainda uma porcentagem significativa registrada no terceiro trimestre, uma pequena quantidade no primeiro trimestre de gestação e apenas uma gestante teve a idade gestacional ignorada. Esse dado sugere a possibilidade de um início tardio do acompanhamento Pré-natal, o que leva a demora do diagnóstico da Sífilis e consequentemente do tratamento e de um acompanhamento adequado a essa gestação, mas também não se descarta uma possível demora na solicitação do exame laboratorial que confirma tal patologia, assim como na entrega e/ou apresentação dos resultados ao profissional de saúde competente, situações que também podem atrasar o diagnóstico.

Quanto a isso, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, elaborada pelo Ministério da Saúde, institui que o VDRL deve ser realizado em dois momentos, um na primeira consulta de pré-natal e outro próximo na trigésima semana gestacional. Também expõe que deve haver uma captação precoce da gestante para que a primeira consulta de pré-natal seja realizada em até 120 dias de gestação ⁽¹¹⁾. Esses cuidados são essenciais para se obter a detecção precoce da Sífilis na gestante, e consequentemente instituir o tratamento adequado a fim de não trazer malefícios a mãe e ao feto.

No presente trabalho foi observado ainda que mais de 3/4 dos casos de Sífilis Gestacional notificados ocorreram em mulheres da raça/cor parda e uma escassa parcela teve o item raça/cor ignorado no preenchimento na ficha de investigação. Não foi registrado nenhum caso de raça/cor amarela nem

indígena. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis 2017, a maioria dos casos notificados no Brasil é de gestantes da raça/cor parda ⁽⁸⁾. Dessa maneira, percebe-se que no geral a raça/cor parda é a mais notificada com Sífilis Gestacional no Brasil, não só no município de Parnaíba.

No vigente estudo, identificou-se que quase metade dos casos tiveram o item classificação clínica ignorada no preenchimento do questionário. Dentre a parcela que teve a identificação clínica da doença registrada, 28,5% dos casos foram de Sífilis Primária. Segundo o Ministério da Saúde ⁽¹²⁾, a transmissão vertical da Sífilis se dá em 70% a 100% em gestantes que não foram tratadas nas fases primária e secundária, já nas fases latente tardia e terciária essa porcentagem diminui para cerca de 30%. O que indica que caso estas gestantes com infecção primária não forem tratadas adequadamente, as chances de transmissão vertical da doença serão bastante altas, se baseado na afirmativa do Ministério da Saúde.

Foi registrada a prescrição de um esquema de tratamento para Sífilis em todas as gestantes notificadas. No período estudado, apenas duas gestantes não seguiram o esquema de tratamento e também duas tiveram o item de preenchimento sobre este assunto ignorado. Um dado que ainda é preocupante, pois o não tratamento da gestante implica em transmissão da doença ao feto, ocasionando a Sífilis Congênita. Segundo o Ministério da Saúde ⁽¹²⁾, uma das medidas de controle da desse tipo de Sífilis é a instituição do tratamento e seguimento adequados tanto da gestante quanto do parceiro.

Em relação ao tratamento do parceiro, 1/3 teve o preenchimento do item ignorado. 32,1% realizaram o tratamento e a maioria não o realizaram. Esses achados foram semelhantes ao estudo de Rocha ⁽¹³⁾ no qual mais da metade dos parceiros não se adequou ao tratamento. Uma das metas do Plano Operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil é ter um aumento da cobertura de tratamento adequado às gestantes com Sífilis, incluindo também o adequado tratamento dos parceiros sexuais da gestante ⁽⁴⁾. O tratamento do parceiro deve ser simultâneo ao da gestante e com o mesmo esquema terapêutico, caso contrário, o tratamento da gestante será considerado inadequado, e, conseqüentemente, o feto será considerado caso de sífilis congênita, pois o parceiro não tratado implica em reinfecção da gestante, mesmo que ela tenha realizado o tratamento corretamente.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se um aumento dos casos de Sífilis Gestacional no decorrer dos anos de 2009 a 2016 no município pesquisado. Este aumento,

supostamente se deu em razão de uma melhora nos serviços de pré-natal oferecidos na Atenção Básica do município, sobretudo, com relação às notificações/investigações, embora a qualidade dessas notificações/investigações ainda deixe muito a desejar quanto à integridade das informações apresentadas, pois uma parte significativa dos itens notificados foi ignorada no preenchimento das fichas.

No decorrer deste estudo foi possível identificar a notificação de 84 casos de Sífilis Gestacional no município de Parnaíba. Destaca-se que desses, mais da metade foram notificados no segundo trimestre de gestação, o que sugere uma possível adesão tardia da gestante ao pré-natal e/ou uma demora na solicitação/apresentação do resultado diagnóstico da doença, entre outros fatores que podem ter atrasado o diagnóstico/notificação do caso.

Houve prescrição de tratamento para a maior parte dos casos, mas duas mulheres não realizaram o tratamento instituído. Constatou-se que a maioria dos parceiros não realizaram o tratamento, e uma parcela relevantemente alta teve o item quanto ao tratamento do parceiro ignorado, o que não permitiu concluir se esses casos obtiveram a cura.

É de extrema relevância conhecer a situação da Sífilis Gestacional no cotidiano, para assim elaborar estratégias de prevenção e controle dessa doença no âmbito dos serviços de pré-natal oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde. Sem ter conhecimento em relação à forma de transmissão, fica inviável a adoção de medidas de prevenção⁽¹⁴⁾. A análise das notificações do banco de dados do SINAN expõe a necessidade de um aprimoramento quanto ao preenchimento da ficha de investigação da Sífilis Gestacional, visto o grande número de variáveis com preenchimento ignorado, que inclusive limitou a análise desta pesquisa. Faz-se essa recomendação para que o Sistema de Vigilância Epidemiológica possa obter dados mais consistentes que permitam uma análise/intervenção adequada.

Desta maneira sugere-se a realização de capacitação aos profissionais que têm contato diretamente com essas gestantes sífilíticas, para aprimoramento tanto da assistência física quanto burocrática (preenchimento das fichas de investigação) com o intuito de diminuir os casos de transmissão vertical da Sífilis. Ademais, recomenda-se a realização de outras pesquisas para investigar a qualidade da assistência oferecida a essas gestantes e o motivo de falhas no preenchimento das fichas de investigação de sífilis gestacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR) Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos.. Atenção ao pré-natal de baixo risco - Caderno de Atenção Básica, nº32. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Mesquita OK, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SMC, Freitas CAS, Linhares MSC, et al. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-natal. SANARE. 2012; 11(1): p. 13-17.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical HIV e sífilis - manual de bolso. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em Gestantes e crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Online].; 2016 [cited 2017 Dezembro 22. Available from: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama>>.
7. Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. Enfermagem em Foco. 2011; 2(2): p. 108-11.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Pires ON, Pimentel ZN, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2007; 19(3-4): 162-5.

10. Campos ALDA, Araujo MAL, Melo SP, Gonçalves MKC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(9): 1747-55.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.067, de 4 de Julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2005.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita - manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Análise do perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes e crianças, em Tangará da Serra, de 2007 a 2014. Rocha, Roseany Patricia Silva, et al. 2016, *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, p. 03-21.
14. Silva, MAM, et al. Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm UFPI*. 2015 Abril-Junho;4(2):84-91.