PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE CHAPADÃO DO SUL-MS

Sandra Regina Silva **Teixeira**[1]
Andressa Pereira de **Queiroz**[2]

[1,2] Faculdades Integradas de Cassilândia, 79540-000, Cassilândia-MS.

RESUMO

A gestação é considerada um processo fisiológico, porém em algumas situações podem ser identificadas situações que provocam uma evolução desfavorável. O momento gestacional não esta imune de infecções e caso, não houver uma detecção e tratamento precoce, a saúde do binômio mãe/filho podem ser comprometidas. O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de notificações de sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul no Estado de Mato Grosso do Sul, no período compreendido entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014. Os dados foram apresentados de forma descritiva, por meio de gráfico e tabela. Após o processamento das informações foi possível verificar a prevalência de Sífilis em gestante no município de Chapadão do Sul-MS.

Palavras-chave: gestante; enfermagem; sífilis.

ABSTRACT

Pregnancy is considered a physiological process, but in some situations can be identified situations that cause an unfavorable evolution. Gestational time is not immune from infection and case, there is no early detection and treatment, the health of both the mother / son can be compromised. This study aims to determine the prevalence of syphilis notifications in pregnant women in the city of Chapadão do Sul in the state of Mato Grosso do Sul, in the period between January 2010 and December 2014. Data were presented descriptively, for through graphic and table. After processing the information it was possible to identify the prevalence of syphilis in pregnant women in the city of Chapadão do Sul-MS.

Keywords: Pregnancy, Nursing, Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma moléstia infecciosa de evolução crônica, existente há mais de 500 anos, ocasionada pelo *Treponema pallidum* sendo que, tanto no Brasil como no mundo é considerado um problema de saúde pública, tendo como principal meio de transmissão o ato

sexual podendo ser dividida em três fases: primária, secundária e terciária. Caso não venha ser tratada de forma adequada à evolução para formas mais graves da doença pode comprometer os sistemas nervoso, cardiovascular, respiratório e gastrointestinal (KOMKA; LAGO, 2007).

De acordo com Brasil (2007) a sífilis congênita apresenta prevalência em grupo de mulheres de baixa renda ou com estilos de vida vulneráveis, demonstrando assim que essa população não tem acompanhamento de qualidade durante o pré-natal.

O momento gestacional não esta imune a infecções, sendo que a sífilis quando não identificada e tratada precocemente pode causar danos à saúde tanto da mãe quanto do feto, principalmente quando se apresenta nas formas assintomáticas ou subclínica (DUARTE, 2003).

A sífilis gestacional pode apresentar diagnóstico clínico com manifestações caracterizadas por cancro duro, erupções cutâneas generalizadas, lesões palmoplantares, alopecia, lesão goma sifilítica podendo ocorrer em pele, ossos, cérebro. É considerada de fácil diagnóstico e tratamento, porém ainda apresenta uma prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de (30%) a (100%) dependendo da fase clínica da doença uma vez que em aproximadamente (40%) das infecções intrauterinas não tratadas ocorrem abortos espontâneos ou morte perinatal (BRASIL, 2007).

A taxa de transmissão da sífilis vertical é de (70%) a (100%) nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo para (30%) na fase terciária. A sífilis congênita pode ocasionar a má formação fetal, problemas neurológicos, cardíacos, surdez, má formação no desenvolvimento ósseo, hepatoesplenomegalia, pancreatite, anemia intensa, icterícia e hemorragia (IPED, 2009).

Uma gestação bem assistida deve atender aos interesses maternos e fetais com a finalidade de manter sua evolução saudável, fornecendo um preparo psicológico para o parto além de orientações sobre os benefícios do parto normal. Em relação ao concepto é importante à prevenção de má formação, avaliação da maturidade e vitalidade fetal inclusive nos casos de prematuridade (NEME, 2006).

> Notificação é a comunicação, por profissional de saúde ou qualquer cidadão, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. Sua confiabilidade é dependente da capacidade dos profissionais de saúde diagnosticarem corretamente esses eventos, Para isso, eles devem ser capacitados e ter conhecimento das normas técnicas ou normatizações, Deste modo, a notificação de casos, tanto de sífilis gestacional quanto de sífilis congênita, é obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos

> e particulares de saúde. A inobservância disto constitui infração da legislação referente à saúde pública (KOMKA, LAGO, 2007, p. 3 e 4).

Com isso, a vigilância pode implantar medidas de controle da transmissão vertical evitando assim novos casos de sífilis congênita.

O objetivo dessa pesquisa é verificar a prevalência de notificações de sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul no Estado de Mato Grosso do Sul, através da análise do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), realizada por meio das fichas de notificação, no período compreendido entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014.

METODOLOGIA

Pesquisa de apreciação exploratória, com abordagem descritiva, retrospectiva e quantitativa, desenvolvida no município de Chapadão do Sul no Estado de Mato Grosso do Sul. Os dados foram coletados a partir da análise das informações contidas das fichas de notificações de sífilis em gestantes através do programa Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), delimitadas pelo período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

A complementação de dados bibliográficos foi realizada através de consulta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com as bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (*MEDLINE*),* Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde *(*LILACS*) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO),* sem delimitação de período.

A busca foi realizada utilizando os descritores *do DECs* (Descritores em Ciencias da Saude – BVS\Bireme): gestante (*pregnancy*); enfermagem (*nursing*); sífilis (*syphilis*).

Sendo estabelecidos como critérios de inclusão, os artigos e manuais completos publicados em língua portuguesa; e, de exclusão, os artigos que se apresentassem sob as formas: resumo, dissertações e teses; aqueles repetidos na mesma base pesquisada; ou aqueles que utilizaram os mesmos descritores, mas com outros objetivos.

A análise dos dados foi realizada de acordo com a estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em forma de tabela e gráfico utilizando o *Software* Microsoft EXCEL 2010, sendo feito uma comparação com o resultado encontrado e as fontes estatísticas de dados pesquisadas.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com BRASIL (2010), a sífilis é causada pela bactéria *Treponema Pallidum* sendo dividida em três fases: primária, secundária e terciária. Na primeira fase o período de incubação varia de 10 a 90 dias, em média 21 dias, após o contágio. Podendo surgir lesões indolores, conhecidas por cancro duro. Na segunda fase, também chamada de latente, pode se manifestar de um a seis meses após a lesão primária, podendo ser observado erupções cutâneas de coloração com pontos avermelhados tanto nas palmas das mãos quanto nas solas dos pés. Já a terceira fase conhecida como tardia, pode ser confirmada a partir de três anos ou mais do contágio, podendo surgir lesões tegumentares, viscerais e neurológicas.

A transmissão vertical da sífilis é considerada um fator limitante para o desenvolvimento e vitalidade do neonato, sendo, portanto, considerado um grande desafio para a saúde pública, tornando necessárias estratégias para o rastreamento desse agravo. A promoção, detecção precoce e manejo clínico em tempo oportuno para essas gestantes diminuem a morbimortalidade nesse grupo e consequentemente fortalece os indicadores de saúde (FARIAS et al., 2000).

Segundo a UNICEF (2011), o Brasil ainda confronta se com importantes desafios para garantir o direito à sobrevivência e desenvolvimento de cada criança juntamente com o bem estar de cada grávida.

Apesar da ampliação na cobertura da atenção ao pré-natal, alguns dados confirmam fatores de baixa qualidade dessa prevenção tais como a incidência de sífilis congênita, que nesse país está em torno de (1,6%), sendo estimado mais de 12 mil nascimentos ao ano de crianças com sífilis congênita (BRASIL, 2006).

> Entre 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sinan 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente. Como visto em 2011 o número total de casos notificados no Brasil foi de 14.321, dos quais 6.488 (45,3%) na Região Sudeste, 3.359 (23,5%) na Região Nordeste, 1.687 (11,8%) na Região Norte, 1.458 (10,2%) na Região Sul e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste. Com relação à taxa de detecção no Brasil como um todo, em 2011 observou-se uma proporção de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas Regiões Centro-Oeste (6,0), Sudeste (5,8) e Norte (5,5). Quanto aos estados, as taxas mais elevadas observam se no Mato Grosso do Sul (13,7) e Rio de Janeiro (10,8), (BRASIL, 2012, p. 3).

Pesquisas apontam que cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis são diagnosticados por ano na população mundial, sendo que (90%) deles ocorrem nos países em desenvolvimento (CAMPOS, et al. 2010).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net afirma que no período de 2010 á 2013 ocorreram 7.990 casos de sífilis em gestantes no Brasil; 503 no Estado de Mato Grosso do Sul (SINAN NET, 2013).

Estudos apontam que a sífilis congênita apresenta prevalência maior em mulheres de baixa renda ou com estilos de vida vulneráveis, demonstrando assim que muita das vezes essa população não tem um acompanhamento de pré-natal adequado (BRASIL, 2007).

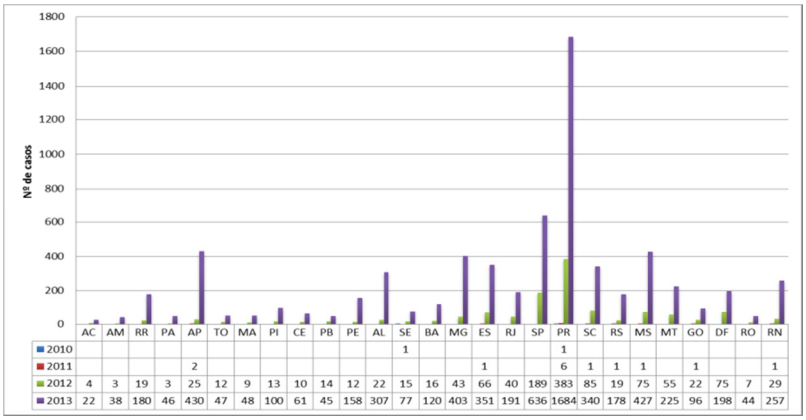
Os casos confirmados de sífilis através das notificações dos municípios ao DATASUS (Tecnologia da Informação a serviço do Sistema Único de Saúde) facilitam as ações da vigilância epidemiológica para desenvolver políticas de combate e prevenção tanto para sífilis congênita quanto para a sífilis materna. A realização de pré-natal facilita o tratamento dessa gestante, evitando a transmissão para o concepto. Os aperfeiçoamentos das equipes de saúde no que tange ao combate, prevenção e tratamento da sífilis gestacional, propiciam o diagnóstico e tratamento adequado de tal patologia. E nestes casos, a notificação é uma das medidas que mais contribuem para reversão deste quadro (ALMEIDA et al., 2009).

Neste contexto, surgiu a Rede Cegonha que foi implantada no País com a finalidade de organizar e reestruturar a Atenção Primária em Saúde (APS) durante a gestação, utilizando critérios epidemiológicos que possam assessorar a redução das taxas de morbimortalidades no ciclo gravídico puerperal e infantil. Para isso foram estabelecidas parcerias entre União, Estados e Municípios objetivando qualificar as equipes para um atendimento mais acolhedor e abrangente (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gráfico 1 demonstrará a prevalência da sífilis em gestantes nos estados Brasileiro, no qual pode-se observar que somente o Estado de Sergipe e o Estado do Paraná tiveram casos notificados no ano de 2010, os demais estados começaram a notificar a partir de 2011, Podemos observar que o Estado do Paraná foi o único estado a notificar sífilis em gestantes em todos os anos analisados.

Gráfico 1- Casos notificados de Sífilis em Gestantes nos estados do Brasil no período de 2010 á 2013.

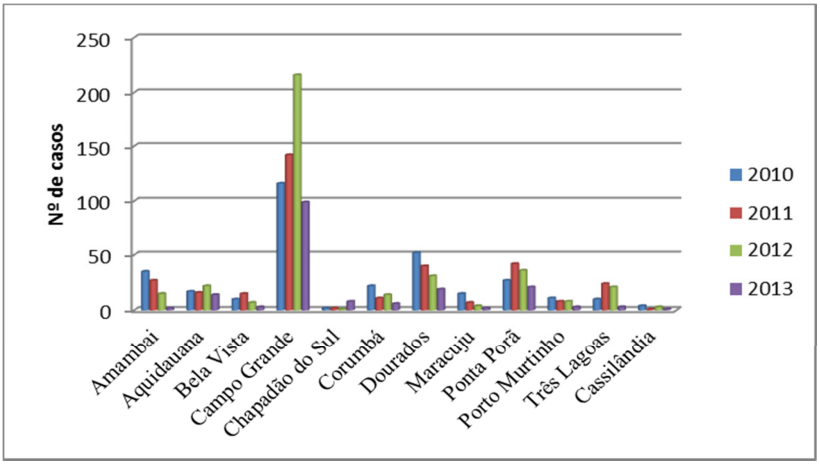


	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	PI	CE	PB	PE	AL	SE	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF	RO	RN
2010													1						1								
2011					2											1			6	1	1	1		1			1
2012	4	3	19	3	25	12	9	13	10	14	12	22	15	16	43	66	40	189	383	85	19	75	55	22	75	7	29
2013	22	38	180	46	430	47	48	100	61	45	158	307	77	120	403	351	191	636	1684	340	178	427	225	96	198	44	257

Fonte: (SINAN NET, 2013).

O gráfico 2 demonstra a prevalência da sífilis em gestantes em cidades do Mato grosso do Sul, onde foram escolhidas; Amambai, Aquidauana, Bela Vista, Campo Grande, Corumbá, Dourados, Maracaju, Ponta Porã, Porto Murtinho, Três Lagoas pelo seguinte critério; as cidades que mais notificaram sífilis em gestantes no ano de 2010 com exceção de Cassilândia e Chapadão do Sul, para que dessa forma fosse observado se nos anos subsequentes 2011, 2012, e 2013 elas obtiveram um aumento nas notificações ou diminuíram os seus casos notificados.

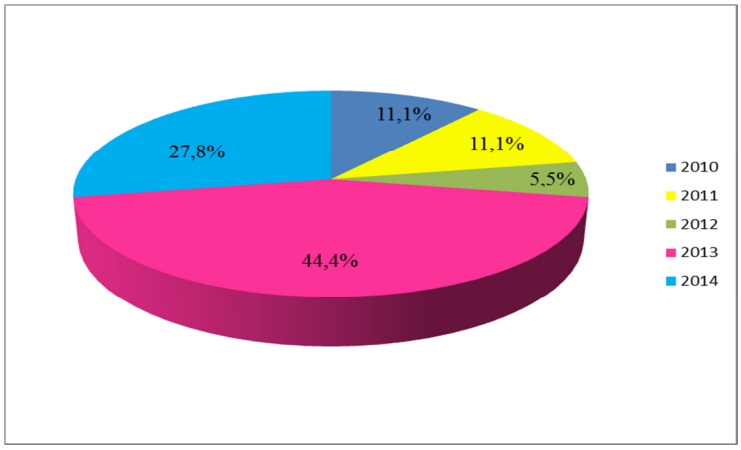
Gráfico 2- Casos notificados de Sífilis em Gestantes em cidades do Mato Grosso do Sul no período de 2010 á 2013.



Fonte: (SINAN NET, 2013).

Pode- observar no gráfico 3 a prevalência da sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul no período de 2010 com 2 (11,1%) gestantes notificadas, 2(11,1%) em 2011, 1 (5,5%)em 2012, 8(44,4%) em 2013 e 5 (27,8%)gestantes em 2014 totalizando 18 casos notificados com a faixa etária variada de 15anos a acima de 35 anos.

Gráfico 3- Casos notificados de Sífilis em Gestantes no município de Chapadão do Sul no período de 2010 á 2014.



Fonte: Própria (2015).

A tabela 1 é um condensado da análise do banco de dados do SINAN, realizada por meio das fichas de notificação de sífilis em 18 gestantes disponibilizadas pela Secretária de Saúde do município de Chapadão, onde se pode observar; Faixa etária, Escolaridade, Zona, Teste Treponêmico no Pré-Natal, Esquema de tratamento no Pré-Natal, Parceiro tratado concomitante a gestante, Esquema de tratamento prescrito ao Parceiro, Motivo Para o Não Tratamento do Parceiro no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

Tabela 1- Casos notificados de Sífilis em Gestantes no município de Chapadão do Sul no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

Total de Gestantes	**18 casos**	
Faixa etária (anos)	%	Nº casos
15-25	50	09
25-35	38,9	07
Acima de 35 anos	11,1	02
Escolaridade		
1º à 4º série Incompleta	5	01
5° à 8º série Incompleta	28	05
Ensino Médio Incompleto	17	03
Ensino Médio Completo	11	02
Ignorado	39	07
Zona		
Urbana	89	16
Rural	11	02
Teste Treponêmico no Pré-Natal		
Reagente	78	14
Não realizado	11	02
Ignorado	11	02
Esquema de tratamento no Pré-Natal		
Penicilina G Benzatina 2.400.000UI	39	07
Penicilina G Benzatina 7.200.000UI	45	08
Não Realizado	5	01
Ignorado	11	02
Parceiro tratado concomitante a gestante		
Sim	50	09
Não	22	04

Ignorado	28	05
Esquema de tratamento prescrito ao Parceiro		
Penicilina G Benzatina 7.200.000UI	28	05
Penicilina G Benzatina 2.400.000UI	33,5	06
Não Realizado	05	01
Ignorado	33,5	06
Motivo Para o Não Tratamento do Parceiro		
Parceiro não teve mais contato com a gestante	11	02
Parceiro não foi comunicado /convocado a US para tratamento	5	01
Parceiro foi comunicado /convocado a US para tratamento mais não compareceu	11	02
Outro motivo	28	05
Nenhuma das alternativas	45	08

Fonte; Própria (2015).

A partir da análise do banco de dados do SINAN, realizada por meio das fichas de notificação de sífilis em gestante disponibilizadas pela Secretária de Saúde do município de Chapadão, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, foi constatado a notificação 18 casos de gestantes com sífilis nesse período, sendo 09 com idade entre 15 e 25 anos (50%), 07 entre 25 e 35 anos (39%) e 2 acima de 35 anos (11%), podendo se concluir que as gestantes mais jovens foram as mais afetadas pela doença.

A Secretária de Saúde do município não pode fornecer os dados referente a quantidade de gestantes que existia no período de 2010 a 2014 pois alegou não ter os dados em arquivos deste período e sim a partir de agosto de 2013,sendo assim não teria como ser anexado a pesquisa pois os dados estariam incompletos .

Duarte et al.(2007) ,também evidencia dados parecidos em sua pesquisa, quando a faixa etária mais habitual acometida pela sífilis foi de 20-29 anos (53%) e menores de 19 anos representando (30%) da amostra analisada.

Brasil (2011) afirma que são consideradas mulheres em idade fértil a faixa etária compreendida entre de 10 a 49 anos, sendo que esta parcela corresponde a 58.404.409 de mulheres, representando (65%) da população nacional segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. O município de Chapadão do Sul conta com 6.674 mulheres nessa faixa etária, correspondendo a (0,11%) do total de habitantes.

Em pesquisa concretizada pelo IPED (2008), onde mais de três milhões de análise foram realizadas em gestantes no Mato Grosso do Sul, 44 mil afirmaram a existência precoce de sífilis, desse total 15 mil grávidas confirmaram alterações no exame com a presença de alguma moléstia, dentre elas destacando-se a sífilis.

Quanto à escolaridade da amostra observada, (39%) das gestantes apresentam esta informação com o resultado ignorado, (28%) de 5° à 8º série incompleta, (17%) ensino médio

incompleto, (11%) ensino médio completo e (5%) de 1º à 4º série incompleta. Percebeu-se também, que (89%) das gestantes residiam na zona urbana e (11%) na zona rural.

Diversos estudos desenvolvidos em várias localidades apontam como fatores de risco para a sífilis durante a gestação: ter parceiro sexual casual, ser HIV - positivo e ter baixa escolaridade (BRASIL, 2006).

O resultado sobre a realização do teste Treponêmico constatou que das 18 gestantes da amostra apresentou (78%) reagente, (39%) apresentou o resultado ignorado e (11%) não realizaram o teste. Já no esquema de tratamento realizado para a sífilis (45%) utilizaram Penicilina G Benzatina 7.200.000UI, (39%) Penicilina G Benzatina 2.400.000UI e (5%) não realizaram o tratamento.

Brasil (2006), afirma que o aumento da sífilis congênita em território nacional só reforça a importância da prevenção na eficácia do controle da mesma, sendo que a região centro-oeste mantém um índice de notificação em torno de (7,8%).

Brasil (2007) afirma que independente da identificação da fase da doença o tratamento em gestante deve ser sempre igual ao da sífilis terciária, portanto, o tratamento preconizado deve ser com penicilina Benzatina de 2.400.000 UI a cada 7 dias, impreterivelmente, portanto totalizando 7.200.000 UI, o qual deve ser registrado na caderneta da gestante.

Na amostra analisada pode se constatar que (50%) dos parceiros obtiveram tratamento, (28%) o tratamento foi ignorado e (22%) não obtiveram tratamento. Quanto ao esquema de tratamento do parceiro (33,5%) utilizaram Penicilina G Benzatina 2.400.000UI e (28%) utilizaram Penicilina G Benzatina 7.200.000UI.

Brasil (2007) preconiza o tratamento com uma abordagem acirrada nas gestantes portadoras da sífilis congênita incluindo o tratamento concomitante do cônjuge, visando aumentar o diagnóstico e tratamento para a obtenção de um resultado mais eficaz evitando assim a transmissão vertical.

Segundo estudos realizados com 58 gestantes em Fortaleza, foram confirmados o tratamento adequado de somente 03 gestantes, sendo a falta do tratamento dos parceiros a principal causa de inadequação do mesmo (CAMPOS, et al., 2010).

Quanto aos motivos verificados para o não tratamento dos parceiros, (45%) não apresentava resposta em nenhuma alternativa, (28%) tiveram outro motivo como resposta, (11%) não tiveram mais contato com a gestante, (11%) foram comunicados /convocados pela Unidade de Saúde (US), porém não compareceram e (5%) não foram comunicados /convocados pela (US) para tratamento.

Segundo IPED (2009), até junho de 2009, a cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul obteve 34 gestantes com diagnóstico de sífilis durante o Pré-natal e 11 casos confirmados de sífilis congênita, dentre esses casos 18 dos parceiros não realizaram o tratamento.

A não realização do tratamento do parceiro foi um critério apresentado pelo Ministério da Saúde em 2004, pois, dados afirmam que em (53%) das gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis, seus parceiros não realizaram tratamento (BRASIL, 2012).

Brasil (2005) evidencia as consequências causadas pela sífilis congênita, sendo que (40%) dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. Foi demonstrado que a gestante com sífilis confirmada tem (50%) de chance da criança nascer com infecção assintomática ou apresentar sintomas nos primeiros três meses de vida, justificando a importância das campanhas de triagem sorológica da mãe na maternidade e o tratamento do parceiro.

Brasil (2005) destaca que em nível nacional a subnotificação da sífilis apresenta um número de (75%) bem maior do que o esperado. Já Komka e Lago (2007) afirma que comparado aos números de notificação de sífilis em sua pesquisa houve um grande índice de subnotificação da mesma.

Apesar do grande número de subnotificação de sífilis congênita, a elevação dos números indica o grande problema enfrentado pela saúde no Brasil, sendo notificados 4,5 mil casos por ano, estimando se uma subnotificação com um número real que pode chegar a 48 mil casos. (BRASIL, 2005).

Pesquisas assinalam a sífilis como responsável por mais de 500 mil óbitos fetais ao ano em todo o mundo, sendo que isso reflete em uma má qualidade na assistência prestada no decorrer do período de realização do pré- natal, juntamente com as subnotificações dos casos evitando assim um diagnóstico precoce e um tratamento preciso. (BRASIL, 2001).

Apesar dos números elevados vale ressaltar que a subnotificação da sífilis é uma realidade no mundo, dificultando a elaboração de estratégias de medidas de controle e prevenção da mesma escondendo assim a magnitude dessa doença. (ARAÚJO, et al., 2008).

CONCLUSÃO

Concluiu-se por intermédio da realização dessa pesquisa, que há a prevalência de notificações de sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul no Estado de Mato

Grosso do Sul, ocorrendo 2 casos em 2010, 2 casos em 2011, 1 caso em 2012, 8 casos em 2013 e 5 casos em 2014 totalizando 18 casos nesse período.

Entretanto, constatou-se que assim como nos demais municípios brasileiros, há provavelmente subnotificação de sífilis em gestante no município de Chapadão do Sul. Identificou-se também, o preenchimento inadequado/incorreto da ficha de notificação pelos profissionais de saúde, indicando assim uma falha na assistência em saúde prestada.

Contudo, esses dados reafirmam a necessidade da realização de uma assistência pré-natal de melhor qualidade, evitando desta forma, a propagação da sífilis congênita. Sendo um dos principais meios de intervenção; as campanhas de prevenção e conscientização que devem ser desenvolvidas no município para melhor informar a população à importância do combate a esse agravo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a equipe de vigilância epidemiológica da cidade de Chapadão do Sul-MS pela disponibilização dos dados necessários a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.C. et al. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 41, n. 3, p. 181-184, 2009.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de vdrl reagente. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS**. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério**. Atenção Qualificada e Humanizada, Brasília-DF caderno n.5, 2006, p.160.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – **manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, departamento de Vigilância Epidemiológica, **Doenças infecciosas e Parasitarias:** Guia de Bolso. 8.ed.rev.448 pg. Brasília 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes 1. Ed., 2. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

BRASIL, Ministério da Saúde **Boletim Epidemiológico – Sífilis, Ano I** - nº 1, 2012. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_sifilis_2012.pdf> Acesso em 19 Mar. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Conheça a Rede Cegonha.** 2013 Brasília – DF ,SAS – Brasília/DF – Jan./2013a – 5.000 ex. – Editora MS/CGDI/SAA – OS 2013 Disponível em<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/191.pdf>Acesso em 24 Nov. 2014.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**. 2010, vol. 26, nº 9.

DUARTE G, **edição Diagnóstica e Conduta nas Infecções Ginecológicas e Obstétricas**. Funpec Editora, Ribeirão Preto, 2003, p.86.

DUARTE, G, et al , Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul, **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. vol.40 no.2 .2007. UberabaMar./Abr.2007Disponívelem<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000200007&lang=pt> Acesso em: 30 abr. 2014.

FARIAS G. N, et al, Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 2000,33: 519-527p.

IPED, Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE, Triagem; Programa Estadual de Proteção à Gestante em MS e Goiás, **Revista Triagem ano IX**, nº15 novembro-2009, p. 38.

IPED, Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE, Triagem Programa de Proteção a Gestante de Mato Grosso do Sul – 5 Anos, **Revista Triagem ano VII**, nº11 janeiro-2008, 24 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE)2010**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=500295&search=mato-grosso-do-sul|chapadao-do-sul|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria> Acesso em: 15 maio 2015.

KOMBA, M.R.; LAGO, E.G. **Sífilis congênita**: notificação e realidade. Revista Scientia Medica, Porto Alegre. v. 17, n. 4, p. 205-211, Out./Dez., 2007.

NEME, B.- Brasil. **Obstetrícia Básica/** Bussâmara Neme – 3 ed., p.225, São Paulo SARVIER, 2006.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - **Sinan Net**. Sífilis em gestante. DATASUS. Casos confirmados ano 2013. Disponívelem<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/sifigest/bases/sifilisgestantebrnet.def >Acesso em: 21 Jun. 2015.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância; [ilustrações de Ziraldo]. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê.** São Paulo: Globo, 2011. Disponível em < http://pt.slideshare.net/sandrareginasilvateixeira/savedfiles?stitle=guia-gestante-e-beb&user_login=MinSaude> Acesso em: 15 Maio 2014.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Sandra Regina Silva Teixeira.
Faculdades Integradas de Cassilândia, 79540-000, Cassilândia-M, Brasil.
sandrinha_teixeirams@hotmail.com