



Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal*

Factors associated to the notification of congenital syphilis: an indicator of quality of prenatal care

Factores asociados con la notificación de la sífilis congénita: un indicador de calidad de la atención prenatal

Inacia Sátiro Xavier de França¹, Joana D'arc Lyra Batista², Alexsandro Silva Coura¹, Cibely Freire de Oliveira¹, Andressa Kaline Ferreira Araújo¹, Francisco Stélio de Sousa¹

Objetivo: analisar fatores associados à notificação da sífilis congênita. **Métodos:** estudo transversal, documental, quantitativo, realizado através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Compuseram o estudo 113 casos notificados. Utilizou-se formulário para coleta de dados e efetuaram-se os testes Qui-quadrado e Fisher. **Resultados:** mulheres realizaram pré-natal (80,2%), teste sorológico antes dos seis meses de gestação (46,7%) e após (53,3%). Houve associação para as variáveis raça ($p=0,005$) e realização do teste sorológico ($p=0,044$). Tratamento da gestante foi inadequado (64,5%) e o parceiro não foi tratado (85,7%). **Conclusão:** constatou-se que é crescente o número de casos, aumentando a possibilidade de crianças com sequelas graves. Por isso ainda é preciso melhorias na assistência pré-natal.

Descritores: Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Notificação de Doenças.

Objective: to analyze factors associated to the notification of congenital syphilis. **Methods:** a cross-sectional documentary, quantitative study, made through the National System of Notifiable Diseases. The study consisted of 113 notified cases. A data collection form was used and Chi-square and Fisher tests were made. **Results:** women had prenatal exams (80.2%), serologic testing before six months of pregnancy (46.7%) and after (53.3%). There was an association for the variables race ($p = 0.005$) and serological test ($p = 0.044$). The treatment of the pregnant woman was inadequate (64.5%) and the partner was not treated (85.7%). **Conclusion:** it was found that the number of cases is growing, increasing the possibility of children with severe sequelae. So improvements in prenatal care are still needed.

Descriptors: Syphilis, Congenital; Prenatal Care; Disease Notification.

Objetivo: analizar factores asociados a la notificación de la sífilis congénita. **Métodos:** estudio transversal, documental, cuantitativo, realizado a través del Sistema Nacional de Agravios de Notificación. Compusieron el estudio 113 casos reportados. Se utilizó el formulario para recopilación de datos y se efectuaron las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher. **Resultados:** las mujeres recibieron atención prenatal (80,2%), la prueba serológica antes de los seis meses de gestación (46,7%) y después (53,3%). Hubo asociación para variables raza ($p = 0,005$) y realización de la prueba serológica ($p = 0,044$). El tratamiento de la mujer embarazada fue insuficiente (64,5%) y la pareja no fue tratada (85,7%). **Conclusión:** se encontró número creciente de casos, aumento de la posibilidad de niños con secuelas graves. Así, es preciso mejorías en la atención prenatal.

Descriptor: Sífilis Congénita; Atención Prenatal; Notificación de Enfermedad.

*Artigo extraído da dissertação intitulada "Atenção primária da saúde para prevenção da deficiência visual em crianças", Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

¹Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil.

Autor correspondente: Inacia Sátiro Xavier de França

Rua Sérgio Rodrigues de Oliveira, 139. Alto Branco. CEP: 58401-566 - Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: inacia.satiro@gmail.com

Introdução

Sífilis congênita é um desafio para a saúde pública brasileira, pois apesar de ser doença de fácil prevenção, diagnóstico e tratamento, percebe-se que há aumento da incidência dessa afecção, associada principalmente às desigualdades sociais e à fragilidade na cobertura e assistência do pré-natal oferecido a população, principalmente no nível da atenção básica⁽¹⁾. Por outro lado, tal constatação pode estar refletindo melhoria no sistema de notificação como também a manutenção da transmissão vertical da doença⁽²⁾.

Número crescente dessas notificações não ocorre apenas no Brasil, mas em âmbito mundial, visto que a sífilis acomete anualmente cerca de 12 milhões de pessoas adultas e 90% desses novos casos estão em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que a prevalência da sífilis em parturientes varia entre 1,4% e 2,8% com uma taxa de transmissão vertical de 25%⁽³⁾. Maiores índices de notificação da sífilis congênita concentraram-se na Região Sudeste, seguida da Região Nordeste, com 45,9% e 31,4%, respectivamente⁽⁴⁾.

Esse agravo é de notificação compulsória e classificado como doença infecto-contagiosa sistêmica crônica resultante da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, por via transplacentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença na gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Dentre as sequelas mais graves deixadas pela doença na criança acometida estão a ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, hidrocefalia e retardo mental⁽⁵⁾. Exposição a essa doença no período gestacional traz sérias complicações a mulher e para seu filho, sendo responsável pela grande morbidade na vida intrauterina, levando ao aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos em mais de 50% dos casos⁽⁶⁾. O comprometimento advindo desta infecção ainda na gestação é variável de acordo com fatores como

o tempo de exposição fetal ao treponema, a carga treponêmica materna, a virulência, o tratamento da infecção materna e a coinfeccção materna pelo vírus da imunodeficiência humana ou outras doenças que causem imunodeficiência⁽⁵⁾.

Sabe-se que para retirar a sífilis congênita do rol das doenças que causam problemas na saúde pública, principalmente porque ela predispõe ao desenvolvimento de deficiências permanentes nos indivíduos acometidos, é preciso reduzir sua incidência para menos de um caso por mil nascidos vivos/ano como foi determinado pelo Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, é necessário desenvolver ações de prevenção no pré-natal e em maternidades, realizar busca ativa de gestantes com sífilis e fazer o tratamento completo e adequado ao estágio da doença, com a penicilina, e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tratando também o parceiro⁽⁷⁾.

Principais fatores que contribuem para insucesso no alcance das metas estabelecidas para eliminação ou diminuição deste agravo são: obstáculos para o acesso pleno aos serviços de saúde, falta de solicitação para a realização do exame sorológico das gestantes conforme preconizado e a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais daquelas mulheres com resultado do teste sorológico positivo⁽⁶⁾.

Diante das melhorias encontradas na saúde pública no Brasil e das estratégias já consolidadas na atenção primária para o combate desta doença, é interessante conhecer se a cidade referida atenta e obtém resultados positivos ou não quanto à prevenção desta infecção, trazendo como contribuição o aprimoramento e/ou disseminação do conhecimento para toda a sociedade, visando eliminação dos casos e diminuição das conseqüências provenientes da doença. Dessa forma, levantou-se a seguinte questão norteadora: Como está a situação dos casos de sífilis congênita em Campina Grande/PB?

Dentro desta realidade e partindo do pressuposto de que a sífilis congênita está relacionada

com fatores sociodemográficos e com a qualidade da assistência de pré-natal^(2,6), objetivou-se analisar os fatores associados à notificação da sífilis congênita.

Método

Estudo do tipo documental de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, Brasil, por meio do banco de dados disponível no Sistema Nacional de Agravos de Notificação que possuem as informações compiladas das fichas de notificação.

Compuseram o estudo todos os casos de sífilis congênita notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação no período de 2007 a 2012, compreendendo um total de 113 casos. Foram excluídos os casos referentes ao ano de 2006, tendo em vista que foi o período de início de informatização do setor e não havia ainda registros, bem como os casos de 2013 por não ter um quantitativo consolidado.

Coleta de dados realizada em dois momentos do mês de março de 2013, sendo um dia para obtenção da autorização para a busca dos dados por parte da diretoria do setor, e outro dia para coleta dos dados. Foi utilizado formulário elaborado com base no conteúdo das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, disponível on-line.

Variáveis analisadas foram número de casos de sífilis congênita notificados ano a ano (2007-2012), idade materna e da criança acometida, zona de investigação, raça e escolaridade materna, realização do teste sorológico *Venereal Disease Research Laboratory*, realização do pré-natal e do tratamento das gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita e a realização do tratamento de seus parceiros.

Em posse dos dados, procedeu-se a análise estatística com auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0, realizando a mensuração dos dados através de frequências

absolutas e relativas. Para comparar as proporções das frequências identificadas, utilizou-se o teste de Qui-quadrado, considerando intervalo de confiança de 95%, sendo os dados apresentados em tabelas. No caso de frequências inferiores a cinco unidades, utilizou-se o teste de Fisher.

A taxa de incidência de cada ano estudado foi calculada dividindo-se o número de casos de sífilis congênita de determinado ano pelo número de nascidos vivos do mesmo ano, sendo as incidências expressas por 1.000 nascidos vivos. Para esse procedimento, utilizaram-se dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, disponibilizados pelo sistema de informações on-line do Ministério da Saúde. Cabe mencionar que a taxa de incidência foi calculada até o ano de 2011, devido à ausência de dados referentes aos números de nascidos vivos no ano de 2012.

Resultados

Dados indicam tendência crescente na incidência da sífilis, conforme apresentado na Figura 1.

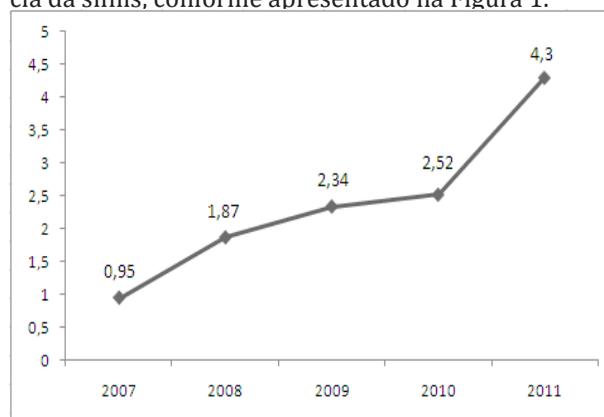


Figura 1 - Notificação dos casos de sífilis congênita

Na Tabela 1, verifica-se que o único fator com associação significativa relacionada à notificação da sífilis congênita ao longo dos anos foi a raça materna ($p=0,005$).

Tabela 1 - Perfil materno-infantil relacionado à notificação de sífilis congênita

Perfil materno-infantil	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Faixa etária materna								
15-34	5 (83,3)	10 (83,3)	13 (86,7)	11(68,7)	23 (85,2)	34 (91,9)	96 (84,9)	0,446
35-54	1 (16,7)	2 (16,7)	2 (13,3)	5 (31,3)	4 (14,8)	3 (8,1)	17 (15,1)	
Raça materna [*]								
Branca	3 (50,0)	5 (41,7)	4 (26,7)	1 (6,3)	2 (7,7)	3 (8,1)	18 (16,1)	0,005
Não branca	3 (50,0)	7 (58,3)	11(73,3)	15 (93,7)	24 (92,3)	34 (91,9)	94 (83,9)	
Escolaridade materna [†] (anos)								
≤ 10	6 (100,0)	10 (100,0)	12(85,7)	14 (100,0)	17 (73,9)	22(70,9)	81 (82,6)	0,060
> 10	-	-	2 (14,3)	-	6 (26,1)	9 (29,1)	17 (17,4)	
Idade da criança (anos)								
< 1	6 (100,0)	12 (100,0)	15 (100,0)	16 (100,0)	26 (96,3)	36 (97,3)	111(98,2)	0,895
1 - 4	-	-	-	-	1 (3,7)	1 (2,7)	2 (1,7)	
Zona de domicílio								
Urbana	6 (100,0)	11 (91,7)	13 (86,7)	16 (100,0)	27 (100,0)	37 (100,0)	110(97,3)	0,063
Rural	-	1 (8,3)	2 (13,3)	-	-	-	3 (2,7)	

^{*}Ignorado=1; [†]Ignorado=15

Na Tabela 2, apresentam-se os procedimentos relativos ao pré-natal e tratamento da sífilis congênita. O único fator com associação significativa relacionada à notificação da sífilis congênita ao longo dos anos foi a realização do teste sorológico (p=0,044).

Tabela 2 - Procedimentos relativos ao pré-natal e tratamento relacionados à notificação da sífilis congênita

Procedimentos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Realização do pré-natal [‡]								
Sim	5 (83,3)	9 (75,0)	15 (100,0)	14(93,3)	18 (66,7)	28 (77,7)	89 (80,2)	0,116
Não	1 (16,7)	3 (25,0)	-	1(6,7)	9 (33,3)	8 (22,3)	22 (19,8)	
Teste sorológico [§] (meses)								
≤ 6	-	4 (36,4)	5 (33,3)	10(62,5)	10 (38,5)	21 (61,7)	50 (46,7)	0,044
> 6	5 (100)	7 (63,6)	10(66,7)	6 (37,5)	16 (61,5)	13 (38,3)	57 (53,3)	
Notificação								
Pré-natal	4 (66,7)	7 (58,3)	6 (40,0)	5 (33,3)	13 (48,2)	21 (60,0)	56 (50,9)	0,457
Parto ou pós-parto	2 (33,3)	5 (41,7)	9 (60,0)	10(66,7)	14 (51,8)	14 (40,0)	54 (49,1)	
Tratamento/gestante ^{**}								
Adequado	1 (16,7)	1 (8,3)	2 (13,3)	3 (21,4)	3 (11,1)	2 (5,6)	12 (10,9)	0,694
Inadequado	5 (83,3)	11(91,7)	13(86,7)	11(78,6)	24 (88,9)	34 (94,4)	98 (89,1)	
Tratamento/parceiro ^{††}								
Sim	1 (16,7)	1 (8,3)	3 (20,0)	5 (41,7)	3 (12,5)	2 (5,5)	15 (14,3)	0,064
Não	5 (83,3)	11(91,7)	12 (80,0)	7 (58,3)	21 (87,5)	34 (94,5)	90 (85,7)	

[‡]Ignorado=2; [§]Ignorado=6; ^{||}Ignorado=3; ^{**}Ignorado=3; ^{††}Ignorado=8

Discussão

A cidade de Campina Grande é a segunda mais populosa do Estado da Paraíba, situada no agreste paraibano, com uma população estimada de 385.276 habitantes, segundo o último censo em 2010. Outrossim, tem o segundo maior Produto Interno Bruto entre os municípios circunvizinhos, e região metropolitana formada por 15 municípios⁽⁸⁾. Neste estudo, o município campinense apresentou crescimento na incidência da sífilis congênita no período de 2007 a 2012, dado que foi encontrado, também, em outras localidades brasileiras como Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, e o estado do Ceará^(4,6,9).

A situação supracitada reflete duas possibilidades antagônicas. A primeira está relacionada a uma possível melhoria na qualidade das notificações feitas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, possivelmente devido ao aumento na frequência do diagnóstico em gestantes e recém-nascidos, modificação ocorrida na definição de caso de sífilis congênita ocorrida em 2004 e a introdução da obrigatoriedade da realização do teste sorológico no parto como condição para recebimento de incentivos financeiros pelo Sistema Único de Saúde. Pesquisa realizada com dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, em Belo Horizonte/MG, no período de 2001-2008, sobre a incidência e fatores de risco para sífilis congênita, também referiu as deduções retro mencionadas⁽²⁾.

A segunda justificativa pode estar relacionada às deficiências que permanecem na atenção primária do país, principalmente, no momento do pré-natal. Apesar dos resultados indicarem um aumento considerável na adesão às consultas de pré-natal e, conseqüentemente, um diagnóstico mais precoce da infecção, o tratamento das gestantes ainda é majoritariamente inadequado e seus parceiros, em sua maioria, não são tratados, contribuindo assim para desfechos indesejáveis.

Dentre os casos notificados, por se tratar de um período de cinco anos em um município com uma população de mulheres que segundo o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística está em torno de 203.027, acredita-se que o quantitativo identificado no estudo está abaixo do esperado. Tal fato possivelmente está associado às subnotificações, dado que corrobora com outro estudo com base no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, no qual se indica que a subnotificação no país, em média, atinge 67% ao ano. O estudo ainda atribui a existência dos casos às necessidades de ampliação do acesso aos serviços de saúde, de ações efetivas para o controle da doença, educação em saúde e de fortalecimento do pré-natal tendo em vista que a doença é totalmente evitável⁽⁹⁾.

Referente ao maior quantitativo das notificações concentrarem-se na região urbana acredita-se estar vinculado a melhor cobertura da atenção básica no município uma vez que persiste um quantitativo maior de unidades na zona urbana em detrimento da rural, evidenciando as desigualdades existentes. Resultado semelhantemente encontrado em estudo referente a procedimentos de assistência pré-natal preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento a nível nacional que identificou uma proporção baixa de realização de exames complementares como o teste para sífilis em gestantes residentes em áreas rurais em comparação das que residiam em área urbana⁽¹⁰⁾.

No que tange à maioria das notificações em crianças menores de um ano, os dados evidenciados pelo estudo estão em consonância com as estratégias do Ministério da Saúde voltadas para a saúde da criança. É possível que a notificação ocorra precocemente, antes do primeiro ano de vida, por estar relacionada à maior frequência materno-infantil nos serviços de saúde, tendo em vista que é neste período que acontece a triagem neonatal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, educação em saúde para incentivar o aleitamento materno entre outras atividades que são importantes para promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde da criança⁽¹¹⁾.

Ainda em referência ao dado supracitado, é plausível mencionar também a assiduidade nas

consultas de puericultura como uma consequência da condicionalidade dos programas governamentais de transferência de renda como Bolsa Família que requer o acompanhamento dos beneficiários em três setores: educação, assistência social e saúde, tendo este último setor a exigência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a vacinação de crianças menores de sete anos, e a atenção pré-natal e pós-parto⁽¹²⁻¹³⁾.

No tocante ao perfil sociodemográfico das gestantes infectadas com sífilis, este resultado corrobora com outra pesquisa que comparou dois períodos em população de puérperas para verificação da sífilis congênita como fator de assistência pré-natal em Campo Grande-MS, na qual se refere que a maioria das gestantes acometidas por esta infecção são adolescentes e adultas jovens, bem como residentes na zona urbana⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Essa faixa etária de mulheres infectadas retrata a prática da atividade sexual precoce e negligente, trazendo reforço a ideia de que ainda é necessário melhorias nas estratégias de educação em saúde visando conscientizar a prática sexual segura⁽⁹⁾.

Em relação aos maiores índices de crianças infectadas serem filhas de mães de raça parda, esta estatística pode estar relacionada ao desconhecimento por parte das mulheres sobre a definição de cada raça e, também, por ser esta característica autorreferida. Ainda foi possível verificar que raça foi o único fator do perfil sociodemográfico que teve associação significativa com a notificação da sífilis congênita, resultado é semelhante ao que identificou como fatores de risco independentes para sífilis congênita a cor parda ou negra da mãe, baixa escolaridade materna e ausência de realização de consultas pré-natal⁽²⁾.

Quanto à escolaridade, investigação efetuada em Anápolis/GO, com 59 gestantes, identificou perfil diferenciado dos casos de sífilis ao identificarem bom grau de escolaridade nas mulheres participantes do estudo⁽¹⁵⁾. Em contrapartida, em Olinda/PE, com 234 casos de sífilis congênita, anunciou que a maior parte das mulheres que tiveram seus filhos infectados não

havia completado o ensino fundamental, trazendo conformidade com as porcentagens encontradas neste estudo, fortalecendo a relação do baixo nível de escolaridade a diferentes agravos à saúde⁽¹⁶⁾.

Em relação à adesão ao pré-natal, é possível verificar que mesmo com muitos impasses foi crescente também em nível nacional, conclusão feita com dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012, indicando cobertura elevada da assistência pré-natal sobretudo no serviço público oferecido às gestantes⁽¹⁷⁾. Ressalta-se que a atenção pré-natal de qualidade que apontava o entendimento de enfermeiros acerca da integralidade das ações no pré-natal, além de proporcionar redução da morbimortalidade materna, ainda é fator determinante na eliminação da sífilis congênita⁽¹⁸⁾.

Como consequência do aumento na adesão ao pré-natal, este foi o momento de maior notificação dos casos, seguido da notificação no pós-parto. Entretanto, os achados encontrados apontam para uma problemática referente ao momento da realização do teste sorológico, tendo em vista que um percentual considerável dos casos realizou o exame no seguimento referente à idade gestacional ignorada. Tal achado levanta uma preocupação a respeito do prognóstico da doença, uma vez que quanto antes à mesma for diagnosticada e tratada, melhor será, pois possibilitará a minimização do tempo de exposição do feto ao treponema⁽⁵⁾. Registra-se que na região metropolitana de Fortaleza, na primeira consulta, 25% das gestantes não receberam solicitação de teste sorológico, fato que amplia a problemática⁽¹⁹⁾.

Realização do teste sorológico, também, teve associação significativa com os casos notificados, demonstrando, assim, a importância da realização do mesmo nos momentos preconizados, que é o primeiro e o último trimestre da gravidez. Resultados semelhantes não foram encontrados na literatura, sendo mais expressivas associações significativas, quanto às características sociodemográficas e relacionadas à realização ou não da consulta de pré-natal.

Alusivo ao tratamento das gestantes, este estudo atenta para a necessidade de melhorias, uma vez que muitos dos casos notificados apresentaram tratamento inadequado, sendo este caracterizado como qualquer tratamento que não seja feito com a penicilina, ou que esteja incompleto ou incompatível com a fase clínica da doença, bem como se for realizado no período de 30 dias antes do parto, não houver documentação comprobatória, não apresentar redução nos títulos da sorologia, ou que tenha seu parceiro não tratado, inadequadamente tratado ou com o tratamento ignorado⁽⁷⁾.

Este déficit encontrado no tratamento adequado para as gestantes também foi identificado na literatura e associado principalmente à pobreza que impede o acesso pleno ao serviço de saúde, ao grau de instrução e falta de conhecimento a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e seu potencial de complicações, trazendo com isso o medo que desmotiva os usuários a permanecer no tratamento ou até mesmo aceitá-lo⁽¹⁶⁾.

O mesmo foi encontrado no que diz respeito ao tratamento do parceiro no qual a maioria não foi tratada, o que contribui negativamente para a permanência e disseminação da doença e é justificado principalmente pela baixa adesão ao serviço de saúde pela população masculina, seja por motivos empregatícios ou falta de conhecimento acerca da importância do cuidar da saúde e das consequências que a doença pode trazer para o conceito e para o casal^(6,16).

Conclusão

Apesar da limitação do estudo relacionada ao número reduzido de casos e da impossibilidade de considerar os dados de 2006 e 2013, foi possível o alcance dos objetivos propostos, na medida em que se analisaram os fatores associados à notificação da sífilis congênita em Campina Grande/PB, evidenciando associação em relação à variável raça materna e realização do teste sorológico.

Constatou-se que é crescente o número de casos de sífilis congênita no município estudado, aumentando a possibilidade de crianças com sequelas graves de ordem física, comportamental e social, agravos que comprometem a qualidade de vida. Mesmo sendo uma doença já conhecida, com diagnóstico e tratamento bem estabelecidos e com enfoque na assistência pré-natal consolidado, ainda é preciso melhorias na atenção básica, seja no fortalecimento da educação em saúde, ou mesmo no rigor com que se detecta e trata-se a doença.

Sugere-se que os achados contribuam para alertar aos profissionais de saúde e para os órgãos governamentais acerca da necessidade de implantar melhorias no serviço de saúde, aumentar a divulgação da doença e de seus desfechos, favorecendo a prevenção primária da sífilis congênita e suas consequências mais graves como as deficiências permanentes.

Agradecimentos

Aos colaboradores do manuscrito, aos revisores técnicos, a Prefeitura Municipal de Campina Grande/PB pelo fornecimento dos dados epidemiológicos e ao financiamento da pesquisa através da bolsa de Mestrado fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Colaborações

França ISX e Batista JDL contribuíram na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão crítica do artigo. Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF e Sousa FS contribuíram na análise e interpretação dos dados, escrita, revisão crítica e aprovação final a ser publicada.

Referências

1. Araujo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012; 46(3):479-86.

2. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais. 2001-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):499-506.
3. Campos AL, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-55.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC, et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2012; 24(1):20-7.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Contagem Populacional. [Internet] 2010 [citado 10 jan 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf
9. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):152-9.
10. Cardoso LSM, Mendes LL, Meléndez GV. Antenatal care differences in Brazilian urban and rural areas: a cross-sectional population-based study. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):85-92.
11. Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(7):1359-70.
12. Carvalho AT, Almeida ER, Nilson EAF, Ubarana JÁ, Fernández IM, Immink M. Métodos de análise em programas de segurança alimentar e nutricional: uma experiência no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):309-21.
13. Ramos CI, Cuervo MRM. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2159-68.
14. Figueró-Filho EA, Freire SSA, Souza BA, Agüena GS, Maedo CM. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2012; 24(1):32-7.
15. Almeida KC, Lindolfo LC, Alcântara KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. *Rev Bras Anal Clin*. 2009; 41(3):181-4.
16. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. *Rev APS*. 2009; 12(1):62-71.
17. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(supl. 1):85-100.
18. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre cobertura da estratégia saúde da família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3):490-6.
19. Valente MMQP, Freitas NQ, Áfio ACE, Sousa CSP, Evangelista DR, Moura ERF. Prenatal care: a look at the quality. *Rev Rene*. 2013; 14(2):280-9.