

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E CUIDADOS DA SAÚDE DA MULHER

MULTIPROFISSIONAL TEAM AND WOMAN HEALTH CARE

CLEBER LUIZ FERREIRA FILHO¹, EWERTTON G. RODRIGUES¹, THAIS BRASILEIRO FAVA LEITE¹, VINÍCIUS QUEIROZ SILVA E SOUZA¹, CECÍLIA LOPES NOBRE¹, LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA^{2*}

1. Acadêmicos do 3º período do curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga – UNEC. 2. Orientadora: Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV. Professora titular do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga, MG. Pesquisadora do Instituto de Ciências da Saúde da UNEC.

* Vila Onze, 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 21/12/2015. Aceito para publicação em 10/02/2016

RESUMO

Este estudo tem como tema a equipe multiprofissional e os cuidados da saúde da mulher e teve objetivo avaliar o perfil epidemiológico da sífilis no Brasil, com foco em determinação da taxa de ocorrência, frequência de pedidos de exames e atuação do grupo de trabalho multidisciplinar. Foi feito um estudo epidemiológico de caráter descritivo e ecológico com base nos dados do Ministério da Saúde (DATASUS). Com os dados coletados foi possível observar o aumento no número de casos de sífilis entre as gestantes no Brasil, ao longo dos anos de 2009 e 2014, que se relaciona possivelmente com o aumento da promiscuidade sexual e o uso de drogas. Ademais, é perceptível que a realização dos exames varia de acordo com faixa etária e nível de instrução. Por fim, é visto que a consulta com gestantes portadoras de sífilis é realizada por médicos ou enfermeiros, sendo, prioritariamente, por médicos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes, sífilis, equipe multiprofissional.

ABSTRACT

The study about the multiprofessional team and woman health care had the objective to verify the sides about syphilis with focus into his rate of occurrence, frequency of took orders and the role of the multiprofessional group. It was a epidemiological study of descriptive and ecological based on data from Ministério da Saúde (DATASUS) and using the TabNet and other articles as reference throughout the work. With the evidences found, it was possible to observe the growth in the number of syphilis in pregnant in Brazil during the years of 2009 to 2014 due to the increase of sexual promiscuity and the use of drugs. Furthermore, it is perceptible that the examination varies according to the age, and schooling. Lastly, consultation of pregnant woman with syphilis is performed by physician or nurses, but mostly performed by physicians. In resume, the objective about our work was completed and confirmed the statistic data of DATASUS.

KEYWORDS: Pregnant, syphilis, multiprofessional team.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares¹.

Na Estratégia Saúde da família (ESF), que corresponde a um programa cujo objetivo foca na reorganização da atenção básica no Brasil, há uma preocupação com a prestação de serviços por meio de uma equipe multidisciplinar, e assim proporcionar a mulher um tratamento adequado. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012)² um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Tendo em vista os vários tipos de atendimento realizados pelos profissionais dos ESF's este trabalho destaca-se por ter foco na atenção dada no pré-natal ao reconhecimento, prevenção e tratamento da sífilis. A sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, sendo ainda um importante problema de saúde pública. É uma doença que se apresenta de diversas formas, com

sérias implicações para a mulher grávida e seu conceito. Quando adquirida durante a gravidez, pode levar a abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais^{3,4}.

O diagnóstico da sífilis é feito a partir do exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). O VDRL é um teste não treponêmico que tem como base o antígeno cardiolipina, apresentando pouca especificidade, alta sensibilidade, baixo custo e rápida negatização em resposta ao tratamento sendo, portanto, o ideal para o rastreamento da sífilis e para o controle de cura¹.

Nos últimos anos foi percebido que houve um aumento da incidência de sífilis em países industrializados e em desenvolvimento sendo os casos de sífilis primária e secundária em mulheres de idade fértil^{3,4}. No Brasil ocorreu um aumento do número de casos período de 2009 a 2014⁵, sendo um dado importante para a determinação de políticas com foco na doença e em suas repercussões.

No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de Sífilis Congênita (SC)². Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha lançado, em 1993, o Projeto de Eliminação da SC com o objetivo de reduzir sua incidência para um caso ou menos a cada 1.000 nascidos vivos, as metas governamentais não foram atingidas. Em estudo realizado em 2004, em uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis e de 0,42% para HIV. Destes dados, estimaram-se cerca de 50 mil parturientes com sífilis e 12 mil nascidos vivos com SC para uma taxa de transmissão vertical de 25%, variando de 1,9% na região Nordeste para 1,3% na região Centro-Oeste⁶.

As características marcadoras de vulnerabilidade associadas com a positividade para sífilis foram cor negra/outra (amarela ou vermelha), escolaridade < 8 anos, ser solteira e ter renda familiar < 1 salário mínimo, idade na primeira relação sexual < 17 anos, gravidez anterior, idade na primeira gravidez < 14 anos ou de 15 a 19 anos, história de DST e história de sífilis em gravidez anterior na puérpera e no parceiro⁷.

Considerando a abordagem da equipe multidisciplinar no tratamento da sífilis verifica-se os diversos papéis a serem exercidos para cada profissional da área da saúde, que têm participação importante como veículo de informações baseadas na atenção primária, que inclua as doenças sexualmente transmissíveis. Faz-se necessário popularizar o tema nas iniciativas de educação continuada de profissionais para conscientizá-los das oportunidades de prevenção e tratamento. As ações direcionadas à eliminação da SC dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, essencialmente nas mãos

do profissional que realizam acompanhamento pré-natal⁸.

A equipe multidisciplinar tem o papel de focar a prevenção desta por meio de ações assistenciais, lembrando que é necessária a participação de cada indivíduo como contribuição para que a solução da SF não fique cada vez mais distante. É cabível mencionar a importância da enfermagem e sua ligação positiva neste contexto, pois o planejamento de suas ações para intervir neste quadro trará bons resultados se colocados em prática. Por isso, as informações, as ações, campanhas e quaisquer recursos utilizados em prol desta patologia estão voltados para a prevenção, ou seja: o “antibiótico” da responsabilidade de cada cidadão e suas contribuições é a conscientização de buscarmos, juntos, o fim de um mal, melhorando as suas próprias condições de saúde⁸.

É importante verificar a atuação dos diversos profissionais no contexto de saúde da mulher. Tais ações são relevantes para que haja um atendimento completo e que siga de modo coordenado e hierarquizado conforme princípios do SUS. Dessa forma, a participação na resolução de sífilis é uma atribuição pertinente da equipe multiprofissional. Tais ações promovem uma redução significativa nas taxas de sífilis congênita, sendo possível, assim, reduzir a mortalidade fetal e neonatal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo:

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo e ecológico. Os estudos descritivos têm objetiva determinar como se dá a distribuição das patologias e condições de saúde de acordo com critérios, como lugar e tempo. Esse tipo de estudo pode utilizar dados já existentes (dados secundários) ou coletados para este fim (dados primários). Nos estudos ecológicos, faz-se um comparativo entre a disposição da doença acerca de uma população específica como de um município ou região com a finalidade de verificar a possível existência de similaridade entre elas^{9,10}.

Coleta e análise de dados:

Os dados se caracterizam como dados secundários obtidos no setor de informações do Ministério da Saúde do Brasil⁵, utilizando o TABNET, a partir dos dados obtidos na Pesquisa Nacional De Saúde - 2013 - Módulo de Pré-Natal. Para alcançar os objetivos propostos foram utilizados como indicadores os seguintes parâmetros: região, faixa etária e os profissionais que realizaram o atendimento. Os dados foram apresentados em tabelas de frequência percentual e foram analisados comparando os valores obtidos entre o Brasil e suas regiões.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Figura 1 registrou-se o número de gestantes por-

tadoras de sífilis no Brasil entre os anos de 2009 a 2014, sendo possível, assim, observar que há um crescimento significativo ao longo deste período, com os valores aumentando em quase 2,5 vezes na comparação de 2009 com 2014.

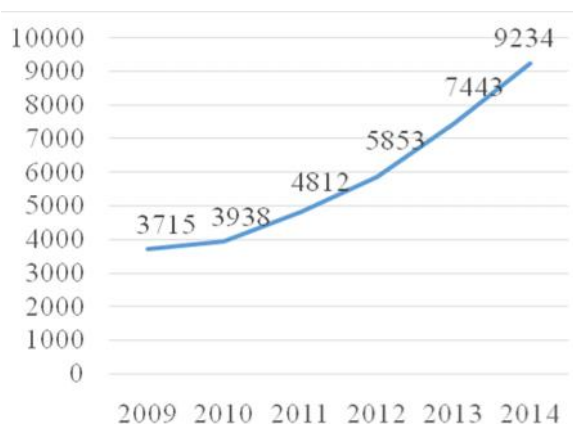


Figura 1. Número de casos de sífilis em gestantes no período de 2009 a 2014. Fonte: autoria própria a partir do banco de dados do DATASUS⁵.

A infecção pelo *T. pallidum* já representou um grande problema de saúde pública, mas o advento da penicilina, na década de 1940 e a melhoria dos cuidados de saúde levaram à diminuição tão abrupta da incidência de sífilis tanto adquirida quanto congênita, que se chegou a prever a erradicação total da doença até o final do século 20. Entretanto, os números voltaram a crescer a partir da década de 1960 e mais acentuadamente na década de 1980, concomitantemente à popularização do uso de crack e cocaína e à maior liberação sexual¹¹.

A sífilis é um agravo que quase sempre reflete problemas de acesso e a utilização de serviços de saúde, prioritariamente na população mais desfavorecida. A doença compõe o quadro de causas de morbimortalidade perinatal evitável, sendo possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação. Portanto, é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade de serviço, sendo recomendado, pelo Ministério da Saúde, o acompanhamento da taxa de sífilis como indicador da atenção básica à saúde nos municípios¹¹.

Estudo desenvolvido por Holanda *et al.* (2011)¹⁰ em Natal (RN) observaram que a sífilis congênita se encontrava fora de controle e que as taxas médias de incidência ficaram acima do parâmetro nacional estabelecido, o que aponta para uma baixa resolubilidade da rede de Atenção Básica com relação à saúde da mulher, especificamente da assistência pré-natal.

Outro estudo que corrobora os resultados aqui descritos, foi desenvolvido por Magalhães *et al.* (2013)¹² em Brasília, distrito federal, cujo objetivo foi traçar o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em maternidades públicas; dos recém-nascidos nascidos de mães com sífilis que apresentaram sinais clínicos da doença congênita e verificar a conduta clínica de acordo

com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Concluíram ao final que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não tem sido suficiente para que se alcance o controle da sífilis congênita e o consequentemente da meta de incidência da doença, destacando também que a conduta inicial para detecção e tratamento da sífilis congênita não está de acordo com as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Segundo Paz *et al.* (2004)¹³, a SC persiste como desafio para saúde pública em muitos países no início do século XXI. No Brasil, a SC mostra-se como um evento importante associado a indicadores desfavoráveis para controle, demandando políticas que priorizem as ações de vigilância epidemiológica, a determinação de normas técnicas que promovam a uniformização de procedimentos e que viabilize a comparabilidade de dados e informações para facilitar à análise e interpretação de dados epidemiológicos.

Com relação a frequência percentual de gestantes que receberam pedido para a realização de exames para sífilis foram registrados os dados mostrados na Tabela 1.

Tabela 1. Porcentagem de gestantes com exame de sífilis por nível de escolaridade segundo Região no período de 2013.

Região	Sem instrução	Fundamental	Médio	Superior	Médias
Norte	63.2	63.4	75.5	93.2	73.8
Nordeste	35.9	66.9	66.4	80.9	62.5
Sudeste	50.6	55.9	67.9	78.8	63.3
Sul	-	75.3	83.7	-	79.5
Centro-Oeste	-	70.1	78.7	85.4	78.1
Médias	49.9	66.32	74.4	84.6	-

Fonte: autoria própria a partir de dados do IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Evidencia-se nesta tabela que, quanto maior o nível de instrução, maior a ocorrência de pedido de exames. Constata-se também que em média as regiões Sul (79,5%) e Centro-Oeste (78,1%) foram as que solicitaram com mais frequência este exame e a região Nordeste (62,5%) com o menor valor percentual. Observa-se também que o maior percentual de pedidos para mães sem instrução foi realizado na Região Norte (63,2%) seguida da região Sudeste (50,6%), além disso, mulheres com este grau de instrução não obtiveram registro para pedidos de exames de sífilis no ano de 2013 nas regiões Sul e Centro-Oeste. Considerando o percentual para os pedidos de exames entre mulheres com nível de instrução fundamental ou médio, se verifica que as regiões Sul (75,3%; 83,7%) e a Centro-Oeste (70,1%, 78,7%) apresentam os maiores valores na comparação com os resultados das outras regiões. Ao se analisar pedido de exames para sífilis feitos para mulheres com nível superior verifica-se que no Sul não houve nenhum registro e que nas regiões Norte (93,5%) e no Centro-Oeste (85,4%)

foram observados os maiores valores percentuais.

Essa variação observada nos pedidos para exames de sífilis entre mulheres segundo o grau de escolaridade e as regiões brasileiras, podem também servir como um indicador da qualidade da atenção básica prestada pelos serviços públicos de saúde, que são responsáveis, sobretudo, pelo atendimento das mulheres das classes sociais menos favorecidas e com menor grau de escolaridade.

Para compreender melhor essa relação entre o acompanhamento das gestantes através dos exames de sífilis e o grau de escolaridade nas diferentes regiões do Brasil, foi feita pesquisa relativa ao grau de escolaridade de mulheres com idade acima de 15 anos, incluindo assim também aquelas em idade reprodutiva, e os dados foram lançados na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência percentual para o grau de escolaridade entre mulheres com idade acima de 15 anos nas diferentes regiões do Brasil em 2010.

Escolaridade	N	NE	SE	S	CO	Total
Sem instrução/ 1º ciclo funda- mental incom- pleto	24,53	29,29	19,43	20,24	19,65	22,61
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	12,53	12,62	12,21	13,41	11,84	12,49
2º ciclo fundamental completo ou mais	52,85	48,91	59,92	56,77	59,91	55,96
Não determinada	10,09	9,18	8,44	9,58	8,59	8,94
Total	100,0	100,00	100,0	100,00	100,0	100,0
	0	0	0	0	0	0

Fonte: DATASUS – censo demográfico, educação, 2010.

Pela análise da tabela 2 e considerando os achados da tabela 1 verifica-se que apesar do percentual de mulheres sem instrução ser maior na região Nordeste (29,29%) e Norte do Brasil (24,5%), não foram elas a solicitarem com maior frequência exames de sífilis para as gestantes. Além disso, maior grau de escolaridade para mulheres acima de 15 anos foi visto nas regiões Sudeste (59,92%) e Centro-oeste (59,91%), no entanto, a maior frequência para pedidos de exames para mulheres gestantes com nível superior foi registrada na região Nordeste. Desta forma, parece haver aqui um fator que possivelmente contribui para a ocorrência maior de sífilis congênita entre mulheres de nível socioeconômico mais baixo e com menor grau de escolaridade conforme descrito por diferentes autores^{9,14}.

Outro dado considerado nesse estudo foi relativo à frequência para o tipo de resultado obtido através dos exames de sífilis realizados por gestantes nas diferentes regiões brasileiras e as informações foram lançadas na Tabela 3.

A pesquisa sobre resultado de exame de sífilis segundo região no período de 2013 apurou que a região que recebeu mais exames, porém com resultado negativo

foi a região Sudeste. Nas colunas “sim, foi positivo” e “não recebeu resultado antes do parto” não foram computadas, visto que, segundo o DATASUS⁴, o número de casos foi menor que 30, insuficiente para determinar qualquer estimativa com precisão aceitável ou os dados não foram disponibilizados.

Tabela 3. Resultados para os exames de sífilis feitos por gestantes que de acordo com as regiões brasileiras no ano de 2013.

Região	Sim, (-)	Sim, (+)	Resultado após o parto	Não aplicável	Total
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Norte	10,06	-	-	9,23	10,11
Nordeste	25,39	-	-	34,62	28,92
Sudeste	37,81	-	-	38,88	37,98
Sul	17,09	-	-	11,47	14,76
Centro-oeste	9,65	-	-	5,80	8,23

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

No caso do resultado identificado como “não aplicável”, é interpretado como a ocorrência de uma banda de reatividade não contida no teste realizado. Para esse tipo de resultado do exame de sífilis, o maior percentual para frequência foi observado na região Sudeste, enquanto a região Centro-Oeste apresentou os menores valores em relação as outras regiões. Estas diferenças podem demonstrar que a região Sudeste possivelmente desenvolve o processo de notificação e até diagnóstico da sífilis de forma mais eficiente do que as demais regiões, daí os valores mais altos registrados para Sim (-) e não aplicável, principalmente quando se compara seus resultados com os registrados nas regiões nordeste e norte, onde os níveis socioeconômicos são baixos¹⁵.

Desta maneira, mais uma vez, os resultados indicam baixo acompanhamento das mulheres em relação a possível contaminação com SC nas regiões mais pobres do país. Em relação a esse fato, é necessário estar atento ao que diz autores como Dominguez *et al.* (2014)¹⁶ que afirmam que mulheres com menor escolaridade, negras ou pardas, e aquelas atendidas em serviços públicos são as que apresentaram os níveis de coberturas mais baixas de testagem, sendo também elas as que apresentaram maior prevalência de sífilis na gestação. A baixa cobertura de testagem, como a identificada também em nossos resultados, sugere oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenção justamente nas mulheres onde o risco de transmissão vertical da sífilis é maior.

A assistência pré-natal é efetuada pelo profissional médico e/ou enfermeiro. Esses, geralmente, receberam uma formação, foram preparados e atingiram proficiência nas habilidades necessárias para manejar a gestação normal e identificar complicações, devendo exercê-las de forma competente¹⁷. Pela análise da tabela 4 é possível verificar que somente nas regiões Norte e Nordeste se observou a presença de enfermeiros como responsáveis por consultas onde foi solicitado o pedido para exame de sífilis para gestantes. No entanto, em todas as outras

regiões, são os médicos os principais responsáveis por esse tipo de procedimento e conduta. A ausência de informações sobre o técnico de enfermagem, o agente comunitário de saúde e os profissionais da saúde bucal se deve ao fato de que consultas não representam atribuições desses profissionais¹⁸.

Tabela 4. Gestantes com exame de sífilis por profissional que fez a consulta de acordo com região no período de 2013.

Região	Médico	Enfermeira	Técnico ou auxiliar de enfermagem	Outro	Total
TOTAL	69,3	54,4	-	-	64,8
Norte	76,3	62,5	-	-	69,5
Nordeste	63,2	53,0	-	-	56,9
Sudeste	66,4	-	-	-	63,7
Sul	74,8	-	-	-	74,1
Centro-Oeste	78,4	-	-	-	76,1

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013¹⁸

A presença diferenciada do profissional enfermeiro nas consultas a gestantes entre as regiões brasileiras, deve se relacionar a distribuição geográfica desigual do profissional médico. Algumas regiões têm densidades maiores até mesmo do que o observado na Europa como o Distrito Federal (4,02 médicos por 1.000 habitantes) e o Rio de Janeiro (3,57 médicos por 1.000 habitantes) enquanto que as regiões do Norte e do Nordeste não chegam à relação de 1 por 1.000¹⁹.

A ausência da participação dos médicos nas consultas de pré-natal identificadas em nossos resultados, sugerem dificuldades para a implantação da atenção a saúde humanizada. Na intenção de que a atenção primária à saúde aconteça com efetividade, são necessárias equipes de saúde, adequadamente capacitadas para o manejo dos problemas prevalentes no nível primário e ideologicamente comprometidas com o cuidado dos mais necessitados. Além disso, também deve ser enfatizada a educação médica permanente, com ênfase no cumprimento de normas técnicas preestabelecidas e factíveis com os recursos disponíveis²⁰.

Não é necessária, apenas, a intensificação centrada nos procedimentos, mas principalmente o aprimoramento da supervisão, a busca ativa das gestantes por parte dos profissionais que realizam esta atenção, como também o envolvimento da comunidade, para a qualificação da atenção pré-natal²¹.

4. CONCLUSÃO

Nossos resultados apontam que o número de casos de sífilis na gestação, entre o período de 2009 a 2014, aumentou; o que pode se relacionar a outros achados deste estudo, como a frequência baixa de solicitação de exa-

mes para sífilis para as gestantes, principalmente nas regiões brasileiras onde as condições socioeconômicas geram situações de maior risco. Além deste fato, o risco aumentado para a sífilis congênita nas regiões mais empobrecidas do Brasil, como o Nordeste, pode-se relacionar a dificuldades na promoção de atenção primária a gestante, no que se refere ao diagnóstico da doença e também a distribuição desigual dos médicos entre as regiões brasileiras. Desta forma, se faz necessário preparar melhor as equipes multiprofissionais para que as metas de controle da doença previsto pelo Ministério da Saúde sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

- [1]. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Natal-RN: 2006
- [2]. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília-DF: 2012
- [3]. Ray JG. Lues-lues: maternal and fetal considerations of syphilis. *Obstet Gynecol Surv.* 1995; 50(12):845-50
- [4]. Southwick KL, Blanco S, Santander A, Estenssoro M, Torrico F, Seoane G, ET AL. Maternal and congenital syphilis in Bolivia, 1996: prevalence and risk factors. *Bull World Health Organ.* 2001; 79(1):33-42. 2.
- [5]. DATASUS. datasus.saude.gov.br. Brasília-DF: 2015
- [6]. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3ª ed. Brasília (DF); 2006.
- [7]. Rodrigues CS, Guimarães MDC, GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16(3):168-75.
- [8]. Santos Vanessa Cruz, Dos Anjos Karla Ferraz. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2009; 2(2):257-63.
- [9]. Lima, Marina Guimarães, Santos, Rejane Ferreira Reis dos, Barbosa, Guilherme José Antonini, & Ribeiro, Guilherme de Sousa. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013; 18(2):499-506
- [10]. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007. *Epidemiol Serv Saude.* 2011; 20(2):203-12
- [11]. Milanez, H.; Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Campinas/SP. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia.* 2008; 30(7):325-7.
- [12]. Magalhães, D. M. D. S., Kawaguchi, I. A. L., Dias, A., & Calderon, I. D. M. P. (2013). Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública,* 1109-1120
- [13]. Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, Medeiros MGPF, Matida LH, Saraceni V, et al. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005; 38(5):446-7.

- [14]. Almeida, M.F.G; Pereira, S.M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4):144-56.
- [15]. Sanchez, P.J. & Wendel, G.D., 1997. Syphilis in pregnancy. Clinics in Perinatology. 1997; 24:71-90.
- [16]. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Leal Mdo C. 1,02% [IC 95% 0,84; 1,25] Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. Revista de saude publica. 2014; 48(5):766-74.
- [17]. Dotto, L. M. G Moulin, N. M.; Mamede, M. V. Cuidado pré-natal: Dificuldades experimentadas por enfermeiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. 2006; 14(5): 682-88.
- [18]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio(PNAD). Brasília, DF
- [19]. López-Valcárcel BG,- Pérez PB, Vega RS. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: Projeções para 2020. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>
- [20]. Janmilli Da Costa Dantas. Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na estratégia saúde da família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. Natal. 2008.
- [21]. Dias-Da-Costa, J, S.; Madeira C. C.; Luz, R. M.; Britto, M. A. P. Auditoria médica: programa de pré-natal em postos de saúde na região Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo. 2000; 34(4):329-36.