

PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS: vivências multidisciplinares para troca de saberes

PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS AND CONGENITAL IN SANTA MARIA - RS: multidisciplinary experience for knowledge exchange

**Tamires Daros dos Santos¹, Nicássia Cioquetta Lock², Solange Schio Lnza¹,
Andressa Baccin dos Santos³, Sandra Trevisan Beck⁴, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa⁵,
Luciane Silva Ramos⁶, Valeria Parecida da Rosa⁷**

RESUMO

Objetivo: Descrever vivência de acadêmicos do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e o perfil da sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no município de Santa Maria-RS. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa. Os dados sobre SG e SC (2007-2012) foram provenientes do sistema de informação de agravos de notificação e prontuários médicos. A espacialização foi por região administrativa (RA) com busca ativa dos casos notificados. **Resultados:** As mães das crianças com SC eram jovens, brancas, solteiras, donas de casa e com histórico de 0 a 4 gestações anteriores. Evidenciou-se aumento de casos notificados, sendo 128 casos de SG e 73 de SC ao longo do período de 2007 a 2012. A RA com maior número de notificações foi a Oeste. Na busca ativa observou-se carência de condições básicas para subsistência e de conhecimento sobre a doença. **Conclusão:** As estratégias utilizadas não estão conseguindo resolver o problema nem identificar as suas causas.

Descritores: Sífilis; Integralidade em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To describe experiences of academics from the Labor Education Program (PET-Health) and the profile of gestational syphilis (SG) and congenital syphilis (CS) in Santa Maria-RS. **Method:** A descriptive study of qualitative and quantitative approach. Data on SG and SC (2007-2012) are from the information system of notification of diseases and medical records. The spatial distribution has been by administrative region (RA) with active search of reported cases. **Results:** Mothers of children with SC were young, white, single, housewives and historic 0-4 previous pregnancies. It showed an increase of reported cases, with 128 cases of SG 73 and SC over the period 2007 to 2012. The RA with the highest number of notifications was the West. In active search there was a lack of basic conditions for subsistence and knowledge about the disease. **Conclusion:** The strategies used are failing to solve the problem or identify its causes.

Descriptors: Syphilis; Completeness in Health; Public Health.

¹ Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Doutora em Farmácia pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁷ Mestre em Geomática pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) citam que no mundo ocorrem a cada ano mais de 340 milhões de novos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), desses, 12 milhões se referem à sífilis¹. Comparado a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a incidência de sífilis em parturientes é quatro vezes maior².

É considerada com sífilis gestacional (SG) toda a gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado². Estudos relatam que aproximadamente 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de dois milhões de gestantes, estariam infectadas, constituindo assim uma tendência de aumento da incidência de SG e de sífilis congênita (SC) em todo o mundo^{3,4}.

A SC é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o seu bebê. Evidências da presença do treponema em fetos de poucas semanas de vida indicam que a infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação, inclusive antes da 16ª semana. Em gestantes não tratadas, a transmissão vertical (TV) da infecção ocorre em aproximadamente 70% dos casos na sífilis primária, 70 a 100% na sífilis secundária e 10 a 30% na sífilis latente e terciária. O grau de intensidade das manifestações da SC depende de fatores como a época de penetração do treponema, o número e a virulência de treponemas infectantes e do estado imunológico da mãe⁵.

Apesar de ser um dos mais graves desfechos adversos que podem ser prevenidos na gestação⁶, devido à possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento relativamente simples e bastante eficaz para prevenção da SC, a ocorrência de sífilis em gestantes expõe falhas nas estratégias utilizadas, devido a não resolução do problema ou identificação das causas^{7,8}. Assim, além de uma assistência pré-natal adequada, as medidas de controle devem abranger outros momentos como: antes da gravidez e da admissão à maternidade, no momento do parto, na curetagem por abortamento ou durante qualquer outra intercorrência na gravidez. Para tal finalidade, os profissionais precisam de uma formação diferenciada, que permita ver o sujeito de forma integral e humana, dentro do seu contexto social.

A instituição de um sistema que visa a universalidade, e valorize a integralidade do indivíduo, a promoção da saúde, bem como o cuidado individualizado e humanizado, irá depender do perfil de formação e da prática dos profissionais da saúde⁹. Neste contexto, encontra-se parte da explicação para a falta de sinergismo entre a formação de novos profissionais da área da saúde na graduação com os serviços de saúde. A educação superior deve ter entre suas finalidades estimular o conhecimento dos problemas regionais, estabelecendo uma relação de reciprocidade com a comunidade, promovendo um retorno sobre os resultados de pesquisas de que participaram¹⁰.

Assim, o grande desafio das instituições de ensino superior está na quebra desta fragmentação e na inclusão da integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação, em enxergar a realidade além dos limites disciplinares e conceituais do conhecimento¹¹.

A interdisciplinaridade qualifica o papel do profissional, enriquece o usuário, que passa a ser visto como um sujeito complexo em sua totalidade e observa o mesmo em suas especificidades e necessidades, além de consolidar os objetivos de ações como as desenvolvidas pelo programa de educação pelo trabalho (PET- Saúde)¹².

De acordo com a Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 que instituiu¹³ o PET-Saúde, constam entre seus objetivos estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da não dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizada pelo Ministério da Educação.

Os dados do Ministério da saúde (2015)¹⁴ vêm mostrando que a prevalência da sífilis continua preocupante, com aumento considerável de notificações de sífilis em gestantes em todas as regiões brasileiras, variando entre 14,8% (Nordeste) a 44,7% (Sul). Isto motivou a formação de atividades acadêmicas, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar com o objetivo de verificar o perfil da SG e SC no município de Santa Maria, situado na região central do Rio Grande do Sul, bem como conhecer as características e o contexto social que envolve tais mulheres, através de experiências vivenciadas por acadêmicos participantes do PET- Saúde, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em parceria com a Secretaria de Município de Saúde/Vigilância Epidemiológica de Santa Maria-RS.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem quali-quantitativo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o CAAE nº 12272813.9.0000.5346, estando de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012.

Inicialmente os acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) participaram de oficinas pedagógicas sobre SG e SC, onde foram discutidos e elaborados folders explicativos sobre a patologia, diagnóstico e tratamento, baseados nas Diretrizes para o controle da SC¹⁵. Após estabeleceu-se contato com os processos necessários para a notificação dos agravos estudados, seleção dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) disponibilizado pelo serviço de saúde, e elaboração de material destinado a coleta de informações de prontuários, bem como, estruturação da entrevista a ser realizada com as mães cujos filhos foram notificados com SC.

Para análise dos dados foram selecionados os casos notificados no período de 2007 a 2012, no município de Santa Maria- RS. Foram incluídas todas as fichas notificadas pelos estabelecimentos de saúde, enquadrado como caso confirmado pelos protocolos do Ministério da Saúde das doenças: sífilis em gestantes (CID O98. 1) e sífilis congênita (A. 509). Foram excluídos na SG, um caso pertencente a área rural do município e um caso cujo endereço não foi informado.

Após, a partir da seleção dos casos notificados como SC, foi realizada busca em prontuários médicos, de dados complementares das mães destas crianças, que haviam sido atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ou outra instituição de saúde. Sendo disponibilizado o local da residência materna, foi realizada a busca ativa destes casos de SC, tendo em vista que tais crianças necessitam de seguimento por pelo menos dois anos.

Ao chegar às residências, as mães foram informadas dos objetivos da pesquisa e depois de sanadas as dúvidas, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas através de um questionário, com questões abertas e fechadas, buscando informações sobre o processo de acompanhamento e desfecho do agravo notificado, sobre a gestação, realização do pré-natal, se sabe o que é sífilis, sobre a transmissão da doença para a criança, se sabe sobre a forma de adquirir a doença, se conhece algum sintoma que indique a presença da infecção.

Paralelamente foi elaborada a espacialização dos agravos de notificação compulsória (SG e SC) por região administrativa (RA) do município de Santa Maria, A RA que apresentou maior número de casos foi subdividida em seus bairros quanto ao número de casos notificados de SG e SC para verificar a eficiência das ações para o controle da infecção nesta população.

Na elaboração do mapa foram utilizados arquivos *shapefiles* (shp) do município em questão no sistema de referência *Universal Transversa Mercator* (UTM), fuso 22 e datum SIRGAS 2000, como base principal de fonte de dados, além de tabelas no formato *xlsx* com dados quantitativos e descritivos. Para a confecção do mapa temático espacializou-se o número de casos por bairro na RA com o índice mais elevado, sendo utilizados dados do IBGE, Censo 2010, SINASC, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria- RS.

Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e os qualitativos conforme método descrito por Bardin (2011)¹⁶.

Resultados

A construção do conhecimento teórico sobre SC e SG, permitiu aos estudantes a oportunidade de vivenciar e de compartilhar aprendizagens potentes na temática estudada, visto que dificilmente teriam esse contato em seu núcleo profissional, conforme relato durante as oficinas realizadas. O trabalho desenvolvido proporcionou o conhecimento do SINAN-NET, até então totalmente desconhecido pelos acadêmicos. A análise dos dados dos casos notificados de SC e SG mostrou um crescente aumento de casos no município nos últimos 6 anos (2007-2012) sendo neste período a soma total dos casos notificados 128 de SG e 73 casos de SC no município de Santa Maria-RS. No ano de 2007 foram notificados 3 casos de SG e apenas 1 caso de SC. No final do período (2012), foram notificados 51 casos de SG e 30 casos de SC (Figura 1).

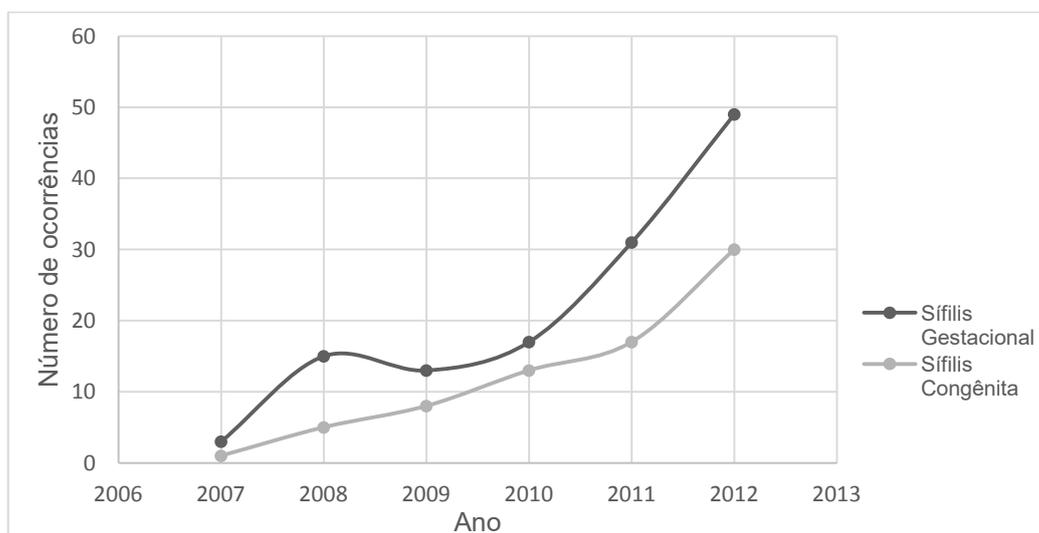


Figura 1 - Série histórica de casos notificados de Sífilis Congênita (SC) e Sífilis em Gestantes (SG) no município de Santa Maria-RS 2007-2012.

Entre as mães que tiveram seus filhos notificados com SC (n= 73), foi possível localizar o prontuário de 59 casos, os quais foram notificados pelo HUSM ou outra unidade de saúde. Houve perda de 15 casos devido informação incompleta, os quais foram excluídos, assim foi realizada a análise de 44 prontuários para verificar às características maternas destas mulheres. (Tabela 1).

A busca dos dados nos prontuários mostrou a falha no registro sobre o processo de tratamento da SG. Outro aspecto observado foi a troca constante de endereços domiciliares, o que impediu a busca ativa de todos os casos.

Tabela 1 - Distribuição das características maternas das mães cujos filhos foram notificado com Sífilis Congênita.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS						
Variáveis	Idade (anos)	Gestante N (%)	Raça	Gestante N (%)	Escolaridade (anos)	Gestante N (%)
	15 -19	4 (9,10)	Branca	25 (56,8)	Nenhuma	1 (2,3)
	20 - 24	13(29,54)	Preta	9 (13,64)	Até 7	21(47,72)
	25 - 29	4(9,10)	Parda	6 (20,45)	8 ou mais	13(29,54)
	30 - 39	12 (25,0)	NI	4 (9,10)	NI	10(20,44)
	40 - 49	3 (6,81)				
	NI	9 (20,45)				
Ocupação	Gestante N (%)	Situação Conjugal	Gestante N (%)	Numero de gestações anteriores	Gestante N (%)	
Do Lar	25(56,82)	Solteira	23(52,27)	0-4	34(77,27)	
Domestica	5 (11,36)	Casada	10(22,74)	5-9	6 (13,27)	
Outros	6 (13,64)	Divorciada	1 (2,27)	10 ou mais	1 (2,27)	
NI	8 (18,18)	Viúva	1 (2,27)	NI	3 (6,82)	
		NI	9 (20,25)			

NI: Não informado. Dados expressos em frequência e porcentagem.

Foi possível a localização de 25/44 casos através da análise dos prontuários com notificação de SC. Na entrevista, foi possível identificar que na maior parte dos casos as famílias careciam de condições básicas, seja de saneamento básico, moradia, para uma vida digna, já que, muitas famílias estavam as margens da sociedade, residindo nas regiões mais pobres da cidade.

Na entrevista, as mães relataram situações vivenciadas em que se percebeu a falta de conhecimento de muitos profissionais de saúde em relação ao tratamento da sífilis em recém-nascidos. Bem como, evidenciou-se a falta de conhecimento sobre a gravidade da doença, sua forma de contágio e importância do tratamento, uma vez que no momento do questionário, quando inqueridas sobre estes fatores, a maioria não sabia responder.

Os relatos maternos mostram que muitas vezes o diagnóstico é tardio, e que o acompanhamento do recém nascido, que necessita de punção lombar para testes laboratoriais acaba gerando mais angustia e preocupação.

“...Fiz todo o pré-natal, “tudo certinho”. Mas a doença só foi descoberta na hora do parto. Ver minha criança sofrendo para coletar amostra para os exames, se tudo tivesse certo, não teria acontecido...”

Foi verificado também que quando as crianças não apresentaram sinais e sintomas da sífilis ao nascimento, o acompanhamento médico desta criança pode não ocorrer. Houve relatos de mães, pertencentes aos grupos mais vulneráveis da sociedade, como usuárias de drogas, portadoras de problemas mentais ou profissionais do sexo, que não apresentavam condições favoráveis para a criação dos filhos, e haviam destinado estas crianças para adoção.

Na Espacialização do agravo por RA urbana dos casos notificados de SC no Município de Santa Maria-RS (2007-2012) evidenciou-se que a região com maior número de casos no período estudado foi a Oeste.

Diante deste contexto, a Figura 2 apresenta o mapa com a espacialização dos casos de SG e SC dos bairros da RA Oeste segundo SINAN-NET Santa Maria-RS, onde pode ser verificado que na maioria dos casos a SG culmina em casos de SC.

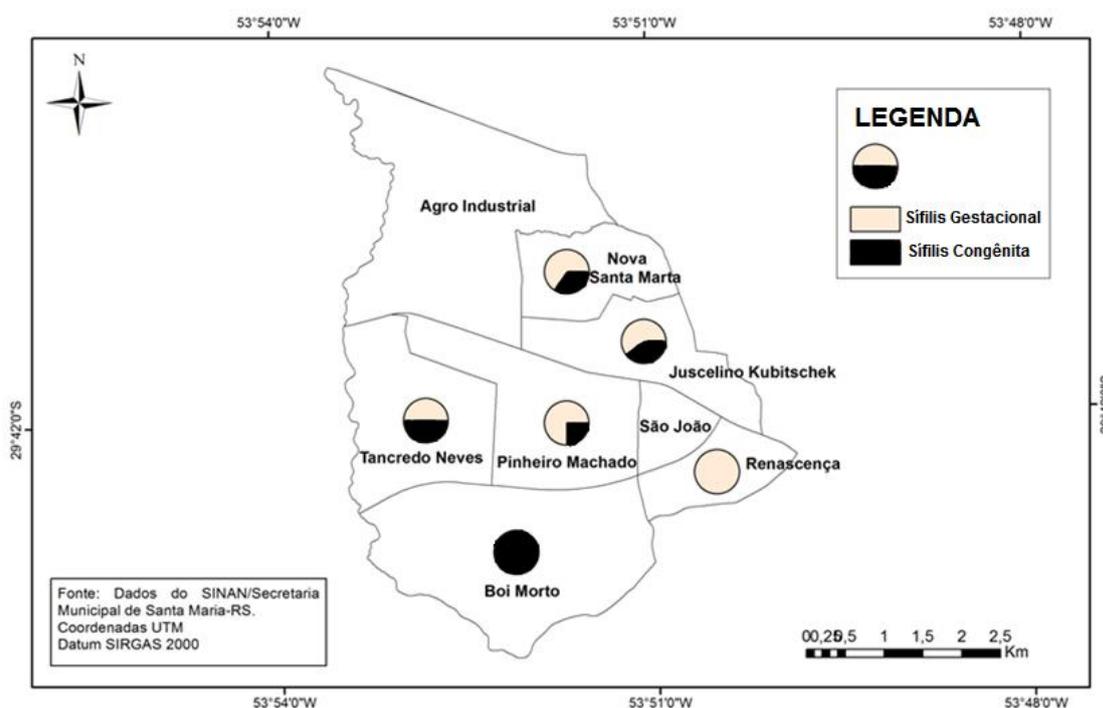


Figura 2 - Espacialização dos casos de Sífilis Gestacional e Congênita nos bairros da Região administrativa Oeste no período de 2007-2012. SINAN-NET Santa Maria-RS.

Discussão

Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil, considerando uma taxa de transmissão de 25% e prevalência de sífilis em 1,6% das mulheres, estima-se que aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos estão infectados¹⁷. A cada ano, no mundo, a SG é responsável por 460.000 abortos ou natimortos, 270.000 casos de SC e 270.000 recém-nascidos prematuros¹⁸. Nas diferentes regiões do Brasil tal aumento também tem ocorrido, o que é retratado por Costa e colaboradores (2013), que avaliaram a incidência de SC na região nordeste do Brasil (Estado do Ceará), a qual teve um crescente aumento anual, confirmando a necessidade do desenvolvimento de campanhas efetivas voltadas para o controle e a prevenção desta doença¹⁹. Estes números alarmantes também são evidenciados, em menor proporção, através dos resultados do presente estudo, que mostram um aumento da sífilis no município de Santa Maria-RS, o qual vem intensificando-se a partir dos anos de 2010, 2011 e 2012.

O perfil mostrado pelas características maternas das mães cujos filhos foram notificados com SC, dos quais foi possível acesso ao prontuário materno, identificou que a maioria das gestantes era jovem, branca, dona de casa, tinham de 0 a 4 gestações anteriores e correspondia aos segmentos mais vulneráveis da população evidenciados pela baixa escolaridade. Estudo realizado por Figueiró-Filho *et al* (2012)²⁰ corrobora com tais achados, em que a média da faixa etária materna para a SG foi de 24,45 anos (\pm 6,2 anos). Já Araújo *et al* (2012)²¹ em municípios com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, verificou o predomínio da raça negra em relação a SC (49%), dados esses que diferem do presente estudo em que a raça branca sobressaiu-se, o que pode justificar-se pois nem sempre a definição da raça é auto declarada e ainda pela diversidade encontrada em diferentes regiões. Quanto a escolaridade, Nascimento *et al* (2012)²² observou a prevalência de gestantes com sífilis com o ensino fundamental incompleto, assim como neste estudo. Considerando a ocupação, o trabalho de Mesquita *et al* (2012)²³ verificou maior número de mulheres donas de casa, assemelhando-se ao encontrado em nosso trabalho. Quanto ao número de gestações anteriores, o estudo de Holanda *et al* (2011)²⁴ realizado no Rio Grande do Norte, mostrou que as mulheres com filhos notificados com SC tiveram de 0 a 2 gestações anteriores, número menor que o encontrado no presente estudo.

O conhecimento desta realidade social pelos acadêmicos, proporcionou a ampliação do olhar dentro do campo da saúde, bem como as entrevistas que permitiram a inserção dos acadêmicos no contexto social destas mães, ampliando o conhecimento fornecido pelos dados quantitativos obtidos inicialmente no SINAN-NET, permitindo uma reflexão sobre o aumento da SG e SC em nosso município.

Assim, o contexto social em que estão inseridos que vai de encontro aos bairros mais precários da cidade e as altas taxas de criminalidade, afeta a resolução do problema para as mães, parceiros, e filhos com a SC. Dentro deste contexto, a RA oeste do município estudado, onde foram detectados os maiores números de casos de SG e SC, é caracterizado por altas taxas de criminalidade, alto risco pessoal e social para crianças e adolescentes, juntamente com a região norte, com elevados números de maus tratos, trabalho infantil e usuários de drogas²⁵. Nesta região, os dados demonstrados na figura 2, permitem refletir sobre a qualidade da atenção ao usuário. Fica evidente que na maioria dos casos, não foi possível evitar que a SG fosse devidamente tratada, evitando a infecção do recém nascido. Outros pesquisadores, tendo como base a experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados sobre a avaliação desses serviços, também mostram que a realidade social é fator determinante para o sucesso de ações de saúde²⁶.

Experiências como as vivenciadas no Pet-saúde são de extrema importância por proporcionarem oportunidade de ações multidisciplinares, que geralmente não são experimentadas durante um curso de graduação formal, trabalho em equipe de extrema valia para o serviço, para aprendizado dos envolvidos e para a comunidade, propicia uma experiência de campo crítica e reflexiva acerca da realidade dos serviços de saúde, otimizando a troca de experiências entre diferentes profissionais e acadêmicos, fomentando a interdisciplinaridade, nem sempre presente nos cursos de graduação.

Conforme estudo de Biscarde *et al* (2014)²⁷, as repercussões pessoais e profissionais geradas após a vivência dos acadêmicos, são explicitadas pela ampliação da visão crítica das ações de saúde e a autonomia e desenvolvimento pessoal e profissional. Isto também repercutiu neste trabalho, em que, no momento da vivência da busca ativa, quando se conhece as áreas de maior vulnerabilidade da cidade e a realidade social propiciou a crítica e o posicionamento do estudante frente à realidade de saúde local.

Neste sentido, os propósitos da busca ativa vão de encontro com o estudo de Hennington²⁸, em que a extensão universitária, revela a existência da relação entre instituição e sociedade, e consolida-se através da aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre professores, alunos e população a partir de práticas cotidianas.

O estudo de Ceccim (2006)²⁹ afirma que as vivências na realidade do SUS proporcionam a vivência das ciências e das profissões, e não somente o acesso a informação mas também a possibilidade de experimentação pelo dimensionamento do campo de atuação. Oportunidade esta que foi experimentada e atingida pelos acadêmicos que participam do programa PET-saúde no momento das vivências em locais do SUS e na busca ativa.

Assim, detendo o conhecimento científico sobre a sífilis, vem o grande desafio, como a universidade vive um momento de transformação efetiva, um desafio na formação de profissionais com perfil adequado às necessidades sociais, buscar compreender e inserir-se no contexto destas famílias, evidenciando falhas e fragilidades na assistência à saúde prestada é fundamental para que estratégias seja elaboradas visando minimizar o número de casos, o que pode ser conseguido com a articulação entre universidade-serviço-comunidade.

Considerações Finais

Com base em tais resultados, conclui-se que conhecer o perfil, o território onde esse sujeito vive e o contexto social em que está inserido é fundamental para que futuras estratégias possam ser elaboradas. Aos acadêmicos permitiu compreender que a competência profissional precisa estar associada a um compromisso social para a melhoria do cuidado com a população, e que quando forças como ensino-serviço se unem é possível mudar o que está posto através do conhecimento prático e formal que se potencializam e qualificam o cuidado.

Agradecimento

Especial agradecimento a Vigilância Epidemiológica do município de Santa Maria-RS, que forneceu transporte e motorista aos locais da busca ativa, juntamente com a enfermeira da Secretária Municipal de Saúde, viabilizando o deslocamento dos bolsistas do PET/VS, imprescindível para a realização deste trabalho.

Referências

1. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infection. Geneva: Switzerland; 2003. 89p.
2. FIOCRUZ: Manual de Treinamento para TR DPP® Sífilis Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_sifilis_novo_pdf_25014.pdf. Acesso em 18 de Janeiro de 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília (DF): PN DST/AIDS; Ministério da Saúde; 2006.
4. Passos MRL, Nahn Jr EP. Sífilis. In: Tavares W, Marinho LAC. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica. Definição de caso de sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
6. Sánchez PJ, Gutman LT. Syphilis. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, et al., editors. Textbook of pediatric infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2004; 1724-43.
7. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(3): 211-217.
8. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. Scientia Medica, Porto Alegre. 2007; 17 (4): 205-211.
9. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/ Londrina: Editora UEL; 1999.
10. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996: dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União; 1996.
11. Gonzáles AG, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3): 757-762.
12. Santos MAM, Culoto LRAA. Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. Artigos Catarinenses de Medicina. 2003; 32(4). Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf> acesso em: 01 de dezembro de 2015.

13. Portaria interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 21 de junho de 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf. Acesso em 18 de Janeiro de 2016.
15. Diretriz para o controle de sífilis congênita. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 21 de junho 2014.
16. Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011, 229 p.
17. Saraceni V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Ver Bras. Saúde Mater. Infant. Recife. Jul-Set. 2005; vol.5,n.3.
18. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: na overview and recommendations. Bulletin of the World Health Organization, 2004; 82(6): 424-430.
19. Costa AA, Freitas LV, Souza DMN, Chargas ACMA, Oliveira LL, Lopes, VO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. esc. enferm. USP vol.47 no.1 São Paulo Feb. 2013.
20. Figueiró - Filho EA, et al. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012; 24 (1):30-35.
21. Araújo et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012; 46(3): 479-86.
22. Nascimento MI, et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34 (2): 56-62.
23. Mesquita KO, et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: Com tribuições para assistência pré-natal. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012; 24(1): 20-27.
24. 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. Saúde v.20 n.2 Brasília jun. 2011.
25. Melara, E Dissertação de mestrado: A dinâmica da violência criminal no espaço urbano de Santa Maria-RS, programa de pós-graduação em geografia. (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008).
26. Lima CC, Guzman SM, Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades e humanização em saúde: A literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. Interface. 2014; 18 (48): 139-50 139.
27. Biscarde DGS, Santos MP, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. Comunicação, saúde, educação. Rev. Interface (Botucatu). 2014; 18(48): 177-86.
28. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 256-65.
29. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO, p. 69-92, 2006.

Tamires Daros dos Santos

Endereço para correspondência – Av. Ângelo Bolson, n° 357, apto 102,
Bairro: Medianeira, CEP: 97070000, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: tamires.daros@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2644450723580402>

Nicássia Cioquetta Lock – nicassialock@hotmail.com

Solange Schio Lnza – solange-lanza@hotmail.com

Andressa Baccin dos Santos – andressabaccin@hotmail.com

Sandra Trevisan Beck – stbeck.beck@gmail.com

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa – eleanversa@hotmail.com

Luciane Silva Ramos – Luciane_silva_ramos@yahoo.com.br

Valeria Parecida da Rosa – valleriarosa@terra.com.br

Enviado em 10 de dezembro de 2015.

Aceito em 28 de março de 2016.

