

FATORES EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA

EPIDEMIOLOGICAL FACTORS OF SYPHILIS IN PREGNANT WOMEN IN THE CITY OF SÃO LUÍS-MA

MARIA FERNANDA SERRA FURTADO¹, GABRIELLE VIEIRA DA SILVA BRASIL², FRANCISCA BRUNA ARRUDA ARAGÃO³, GERUSINETE RODRIGUES BASTOS DOS SANTOS⁴, SAMARA LETÍCIA MENDONÇA PEREIRA⁵, CAROLINE CUNHA FONTOURA⁶, JOELMARA FURTADO DOS SANTOS⁷, FRANCO CELSO DA SILVA GOMES^{8*}

1. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha (CEST); 2. Nutricionista pela Faculdade Santa Terezinha (CEST); Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA). 3. Enfermeira e especialista em Saúde Pública (Estácio de Sá- LABORO) e Saúde da Família pela a Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA); 4. Farmacêutica – Bioquímica e especialista em Citologista Clínica pela a Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA); 5. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha (CEST), 6. Graduada em Enfermagem pela Unidade de Ensino Superior Vale do Iguazu – Paraná; especialista em Gestão em Saúde pela Universidade estadual do Maranhão (UEMA); 7. Enfermeiro pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA); Docente da Faculdade Santa Terezinha (CEST); Mestrando do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança (UFMA).

* Faculdade Santa Terezinha (CEST). Av. Casemiro Júnior, nº 12 – Anil, São Luís, MA, Brasil. CEP: 65. 045 – 180. fcilva-gomes@hotmail.com

Recebido em 15/02/2017. Aceito para publicação em 24/04/2017

RESUMO

A sífilis é considerada um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Desse modo, este estudo tem como objetivo caracterizar e conhecer os fatores associados a gestantes diagnosticadas com sífilis no município de São Luís- MA, no período de 2009 a 2011. Os dados analisados foram coletados através de dados secundários obtidos de sífilis para gestante. A partir dos dados foi possível verificar um total de 67 gestantes com o diagnóstico de sífilis no período em estudo. Observou-se que 53,73% possuíam idade entre 20 e 29 anos, 62,69% possuíam escolaridade até ensino médio incompleto. Verificou-se ainda que 76,12% das gestantes que realizaram o pré-natal iniciaram a partir do segundo e terceiro trimestre gestacional, a maioria apresentou diagnósticos de sífilis na forma primária, 58,82% e 74,07%, respectivamente nos anos de 2009 e 2010. Já em 2011, 65,22% dos casos apresentou a forma secundária. Assim, se reconhece a importância de uma boa assistência ao pré-natal, com detecção precoce de casos de sífilis, assim como o tratamento adequado da gestante e do parceiro para evitar futuros danos à saúde do bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis gestacional, cuidado pré-natal, gestantes

ABSTRACT

Syphilis is considered a public health problem in both developed and developing countries such as Brazil. Therefore, this study aims to characterize and know the factors associated with pregnant women diagnosed with syphilis in the city of São Luís, in the period

from 2009 to 2011. Data were collected by obtaining secondary data of syphilis in pregnant women. From the data, it was possible to verify a total of 67 pregnant women diagnosed with syphilis during the study period. It was observed that 53.73% were aged between 20 and 29 years, and 62.69% had studied until incomplete secondary education level. It was also verified that 76.12% of the pregnant women who received prenatal care started its routine from the second and third gestational trimesters. The majority presented diagnoses of syphilis in the primary form, 58.82% and 74.07%, respectively, in the years of 2009 and 2010. In 2011, 65.22% of the cases presented the secondary form. For these reasons, it is recognized the importance of good prenatal care, with early detection of cases of syphilis, as well as the adequate treatment of pregnant women and their partners to avoid future damages to the baby's health.

KEYWORDS: Gestational syphilis, prenatal care, pregnant women.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo ser classificada como sífilis adquirida, quando transmitida por via sexual, ou como sífilis congênita, quando transmitida de mãe para filho (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de ser de fácil prevenção, desde que a gestante acometida seja diagnosticada e submetida ao tratamento adequado, juntamente com seu parceiro. Quando não tratada, ou tratada inade-

quadamente, pode resultar em desfechos negativos como o abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas (ARAÚJO *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013).

No entanto, se percebe um aumento da incidência dessa afecção, associada principalmente às questões socioeconômicas e à fragilidade na cobertura e assistência do pré-natal oferecido pelo Sistema Único de Saúde, pela atenção básica (LIMA *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2012).

No Brasil, segundo Campos *et al.* (2010), a prevalência da sífilis apresenta uma taxa de transmissão vertical de 25%, sendo que os maiores índices de notificação da sífilis congênita ocorrem nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 45,9% e 31,4%, respectivamente (BRASIL, 2012a). Em 2013, as notificações de sífilis congênita aumentaram em todas as regiões, chegando a alcançar uma incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Percebe-se a importância de uma boa assistência ao pré-natal, com detecção precoce de casos de sífilis congênita, assim como o tratamento adequado da gestante e do parceiro para evitar consequências ao bebê. Assim, este estudo tem como objetivo caracterizar e conhecer os fatores associados a gestantes diagnosticadas com sífilis no município de São Luís- MA, no período de 2009 a 2011.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Área de estudo

O Estado do Maranhão possui um número de habitantes da ordem de 6.574.789 (Censo 2010 - IBGE) e sua capital São Luís está entre as 13 capitais brasileiras com maior população, possuindo 1.014.837 habitantes. Em relação à densidade demográfica, se encontra na 16ª posição do maior para o menor, ficando Fortaleza em primeiro lugar com 7.786,52 hab./km² (IMESC, 2011).

Fonte de dados

O presente estudo é do tipo descritivo com uma abordagem retrospectiva e quantitativa e foi realizado junto a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (SES-MA). Os dados deste estudo contemplam o levantamento das fichas de investigação e notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de sífilis para gestante, compreendendo o período de 2009 a 2011 e está enquadrado pela Resolução nº510 de 07 de abril de 2016, tratando-se de uma pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas sem possibilidade de identificação individual.

Os critérios de inclusão utilizados neste trabalho foram: gestantes com diagnóstico de VDRL positivo para sífilis que apresentavam as fichas legíveis e com preenchimento correto e completo.

O formulário de notificação/investigação de sífilis em

gestante do SINAN/NET contemplou as variáveis: idade, trimestre de gestação, escolaridade, residência, classificação clínica da sífilis, teste não treponêmico no pré-natal, teste treponêmico no pré-natal e adesão do parceiro ao tratamento.

3. RESULTADOS

Através dos dados obtidos, foi possível verificar um total de 67 gestantes com o diagnóstico de sífilis no período do estudo, sendo 17 em 2009, 23 em 2010 e 27 em 2011. O que demonstram um aumento da frequência de sífilis em gestante, ao longo dos anos na capital do Maranhão.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas das gestantes com sífilis, no período de 2009 a 2011 em São Luís - MA, 2015.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
10 a 14	2	2,99
15 a 19	12	17,91
20 a 29	36	53,73
30 a 39	14	20,90
40 ou mais	3	4,48
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,49
Ensino fundamental incompleto	23	34,33
Ensino fundamental completo	4	5,97
Ensino médio incompleto	14	20,90
Ensino médio completo	21	31,34
Ensino superior incompleto	3	4,48
Ensino superior completo	0	0,00
Ignorado	1	1,49
Residência		
Urbana	65	97,01
Rural	1	1,49
Periurbana	0	0,00
Ignorado	1	1,49
Total	67	100,00

4. DISCUSSÃO

Semelhantemente ao estudo, mulheres de 20 a 29 anos de idade são apontadas como a população mais acometida pela sífilis, representando 60,8% dos casos notificados do ano de 2010 em Sobral-CE (COSTA *et al.*, 2013). Em outra pesquisa realizada por Coutinho (2014) no estado do Ceará, estudou sífilis congênita em um hospital de ensino na cidade de Fortaleza, identificou que a maioria

(54,13%) das mulheres estudadas possuíam idade entre 20 e 29.

Tabela 2. Fatores associados à sífilis em gestantes no triênio de 2009 a 2011, no município de São Luís – MA, 2015.

Variáveis	2009		2010		2011		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Início								
pré-natal								
1º trimestre gestacional	3	17,65	3	13,04	10	37,04	16	23,88
2º trimestre gestacional	2	11,76	10	43,48	7	25,93	19	28,36
3º trimestre gestacional	12	70,59	10	43,48	10	37,04	32	47,76
Total	17	100,00	23	100,00	27	100,00	67	100,00
Classificação								
clínica								
Primária	10	58,82	2	8,70	20	74,07	32	47,76
Secundária	0	0	2	8,70	0	0	2	2,99
Terciária	0	0	15	65,22	7	25,93	22	32,84
Latente	7	41,18	2	8,70	0	0	9	13,43
Ignorado	0	0	2	8,70	0	0	2	2,99
Total	17	100,00	23	100,00	27	100,00	67	100,00
Teste não treponêmico								
no pré-natal								
Reagente	17	100,00	23	100,00	27	100,00	67	100,00
Não reagente	0	0	0	0	0	0	0	0
Não realizado	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	100,00	23	100,00	27	100,00	67	100,00
Teste treponêmico no pré-natal								
Reagente	8	47,06	7	30,43	7	25,93	22	32,84
Não reagente	3	17,65	0	0	1	3,70	4	5,97
Não realizado	6	35,29	16	69,57	19	70,37	41	61,19
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	100,00	23	100,00	27	100,00	67	100,00
Adesão do tratamento do parceiro								
Sim	0	0	0	0	1	3,70	1	1,49
Não	0	0	1	4,35	8	29,63	9	13,43
Ignorado	17	100,00	22	95,65	18	66,67	57	85,07
Total	17	100,00	23	100,00	27	100,00	67	100,00

Quanto à escolaridade, diferentes resultados foram encontrados no estudo de Cunha & Merchan-Hamann (2015), que analisou sífilis em parturientes do Brasil nos anos de 2010 e 2011, e identificou que a maioria (56,7%) possuía ensino médio completo ou superior.

No entanto, características como baixa escolaridade sugerem condições socioeconômicas desfavoráveis e dificuldades de acesso a serviços de saúde podendo refletir a ausência ou a pobre qualidade do cuidado que as mulheres recebem durante a gravidez e o parto, o que eleva o risco de assistência pré-natal inadequada e de óbito fetal (DI MARIO; SAY; LINCETTO, 2007; LAWN *et al.*, 2009). Desse modo, observa-se que variável escolaridade pode ser uma evidência a exclusão do acesso aos serviços de saúde pública.

Diante do quesito residência, estudo semelhante confirma a prevalência de casos de sífilis em gestantes residentes na zona urbana, correspondendo a 99,8% da população estudada (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007). Na mesma linha de estudo, Costa *et al.* (2013) traçou o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010, no quesito local de residência e observou que quase a totalidade do número de agravos, 90% (141), residiam na zona urbana. No entanto, mesmo que boa parte da totalidade pesquisada reside em área urbana, são esperados dados acentuados em zona rural. Acredita-se que mulheres que vivam em áreas rurais deparem-se frequentemente com a falta das ações preventivas apropriadas, contribuindo para a disseminação da doença (COSTA *et al.*, 2013).

Os fatores socioeconômicos e demográficos demonstrados nesse estudo pelos elementos: faixa etária, escolaridade e área/zona de onde mora, representam condições importantes para o acompanhamento adequado durante o pré-natal e parto. O Ministério da Saúde conclui que quanto mais o grupo é considerado desfavorecido (mulheres jovens, com escolaridade mediana e moradia desajudada), há maior risco e facilidade de adquirir sífilis (BRASIL, 2012b).

Tratando-se do período do início do pré-natal verifica-se que, no período avaliado, 76,12% das gestantes que realizaram o pré-natal iniciaram a partir do segundo e terceiro trimestre gestacional. Sendo que em 2009, 70,59% iniciaram no terceiro trimestre; em 2010, 43,48% das gestantes iniciaram o pré-natal no segundo trimestre e a mesma quantidade no terceiro trimestre; já em 2011, 37,04% iniciaram no primeiro trimestre, repetindo a mesma quantidade no terceiro trimestre (Tabela 2).

Pesquisa realizada em um município localizado na região do recôncavo da Bahia, foram encontrados

resultados semelhantes, onde, das 39 gestantes estudadas, 94,5%, 100%, 100% e 80% iniciaram o pré-natal no segundo ou terceiro trimestre de gestação, sendo respectivamente, no ano de 2008, 2009, 2010 e 2011 (SANTOS *et al.*, 2015). Estes resultados encontrados são contraditórios ao proposto pelo Ministério da Saúde para o rastreamento da sífilis na gestação com a realização dos pré-natais logo na primeira consulta até o 3º trimestre, a fim de assegurar o diagnóstico precoce e garantir a integridade do conceito (ARAUJO *et al.*, 2006).

A tabela 2 distribui a amostra pesquisada segundo a classificação clínica da sífilis. Na forma primária foram encontrados 58,82% e 74,07% respectivamente em 2009 e 2010. Já em 2011, a maioria (65,22%) apresentou a forma secundária. No ano de 2010, foram registrados 8,70% de casos ignorados, portanto, não registrado corretamente.

Num estudo análogo, referente aos casos notificados de gestantes com sífilis ocorrentes no período de 2005 a 2010 no município de Sobral, 71% equivalem a sífilis primária no ano de 2008 (MESQUITA *et al.*, 2012).

A contaminação do feto (transmissão vertical) pode ocorrer em qualquer período da gestação. Segundo o Ministério da Saúde a taxa de transmissibilidade é elevada de 70% a 100% na fase primária. Nessa fase da doença a taxa de espiroquetas é elevada, fator determinante para a contaminação do feto (BRASIL, 2012b).

Para rastreamento e controle da sífilis na gestação o Ministério da Saúde preconiza que logo na primeira consulta seja realizado o teste não treponêmico (VDRL) (BRASIL, 2012b). Nesse tocante, seria esperado que no decorrer dos anos, com uma política de vigilância epidemiológica de combate a sífilis em gestantes e com uma melhoria dos serviços de assistência ao pré-natal, os números de ocorrências dessa doença diminuíssem.

Na análise da tabela 2, verifica-se que as amostras foram reagentes ao exame não treponêmico no pré-natal no período analisado. Para elucidação do diagnóstico e detecção do anticorpo específico da sífilis as gestantes submeteram-se ao exame treponêmico, sendo que das 67 gestantes do período de estudo, a maioria (67,19%) não realizou o teste e 32,84% das gestantes apresentaram resultado reagente ao teste. No estudo de Gonçalves *et al.* (2011) foram observados que 86,8% dos casos realizaram o segundo teste, tendo 79,2% como reagentes e 5,6% não realizaram o teste.

Para Magalhães *et al.* (2011) a maioria das mulheres com sífilis só são identificadas no período gestacional ou no momento do parto. Numa taxa de 38% a 48% sequer fizeram os testes sorológicos, cabendo a um teste rápido no momento do parto para prevenir a transmissão vertical. Os dados em comento permiti deduzir que após receberem a solicitação para o segundo exame laboratorial, as grávidas não retornam para a triagem sorológica da sífilis. A não realização do exame prejudica o tratamento ade-

quado para o combate da sífilis e prevenção da sífilis congênita no período neonatal.

Por se tratar de uma doença sexualmente transmissível (DST) que envolve uma cadeia epidemiológica entre duas pessoas ou mais, é necessário que o parceiro sexual seja incluído no tratamento medicamentoso para prevenção e controle da sífilis. Diante disso, a tabela vem constatar que muitos parceiros negligenciaram o tratamento, sendo observado que em 85,07% das fichas analisadas, os parceiros ignoram o tratamento por não terem mais contato com o antigo parceiro ou pelo o último não querer comparecer tanto para triagem laboratorial quanto para o tratamento.

No estudo de Gonçalves *et al.* (2011) foi demonstrado que os parceiros das gestantes com sífilis não tratada, também não realizaram o tratamento adequado, numa taxa similar de 66%. Segundo Holanda *et al.* (2011), estudos sobre sífilis gestacional pouco detalham as questões que envolvem as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, sendo estas limitadas apenas à adequação ou não do tratamento recebido.

Para o Ministério da Saúde, o parceiro deve ser captado para realização do tratamento e quando não comparecer à unidade de saúde, as equipes de saúde da família devem fazer busca ativa para receber o mesmo tratamento da gestante (BRASIL, 2006; LEITÃO, 2009). Campos *et al.* (2010) ressalta que o aumento nos casos de sífilis é o reflexo da dificuldade de acesso ao serviço de saúde, a variedade de parceiros e a ausência da utilização de métodos preventivos.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados obtidos, percebe-se a importância de uma boa assistência ao pré-natal, com detecção precoce de casos de sífilis gestacional, assim como o tratamento adequado da gestante e do parceiro para evitar futuros danos a saúde do bebê. Logo, a conscientização e educação sexual precocemente são considerados o meio mais eficiente para profilaxia com redução da disseminação da sífilis e demais DST's.

Como mostrou o estudo, os casos de sífilis são crescentes a cada ano o que sugere uma deficiência na cobertura de assistência ao pré-natal e ausência da educação em saúde para o controle da sífilis voltados para o período gestacional. Assim, este estudo visa, a partir de seus resultados, alertar as organizações de saúde para que fomentem programas educacionais e campanhas de busca ativa para realização do pré-natal e tratamento, em especial para a população de risco.

REFERÊNCIAS

- [01] ARAÚJO, C.L. *et al.* Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. 2012;46(3):479-86.

- [02] ARAÚJO, E.C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*, jan./mar. 2006; v.20 (1).
- [03] AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2006; 81(2):111-26.
- [04] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico, 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [05] _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- [06] _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico: 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- [07] _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_miniolo_pdf_53444.pdf>. Acesso em: 11 de novembro de 2016.
- [08] _____. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [09] CAMPOS, A.L.A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-55.
- [10] COSTA, C.C. *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013, 47(1): 152-9.
- [11] COUTINHO, R.L.C. Sífilis congênita: panorama do agravamento em um hospital de ensino. Fortaleza, 2014. 84f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Disponível: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8996/1/2014_dis_rlccoutinho.pdf>. Acesso em 10 de out 2016.
- [12] CUNHA, A.R.C; MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes do Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2015, vol.38, n.6, pp.479-486.
- [13] DI MARIO, S.; SAY, L.; LINCETTO, O. Risk factors for stillbirth in development countries: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis*. 2007;34(Suppl7):S11-21.
- [14] FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande – MS. *DST J Bras Doenças SexTrans* 2007; 19: 139 – 43.
- [15] GONÇALVES, J. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011; 13 (2): 49-55.
- [16] HOLANDA, M. T. C. G. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v.20, n.2, p.203-212, 2011.
- [17] IMESC. Situação Ambiental da Ilha do Maranhão. Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos. São Luís: IMESC, 2011.
- [18] LAWN, J.E. *et al.* 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009.9(Suppl 1):S2.
- [19] LEITÃO, E. J. L. *et al.* Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde Samambaia – DF. *Com. Ciências Saúde*, v.20, n.4, p.307-314, 2009.
- [20] LIMA, M.G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais. 2001-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):499-506.
- [21] MAGALHÃES, D.M.S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno- infantil. *Com. Ciências. Saúde*. 22 Sup 1: S43-S54, 2011.
- [22] MESQUITA, K.O. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. *SANARE, Sobral*, V.11. n. 1., p. 13-17, jan./jun. 2012.
- [23] SANTOS, G.C. *et al.* Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas pelo SUS em município da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.39, n.3, p.529-541, jul./set., 2015.