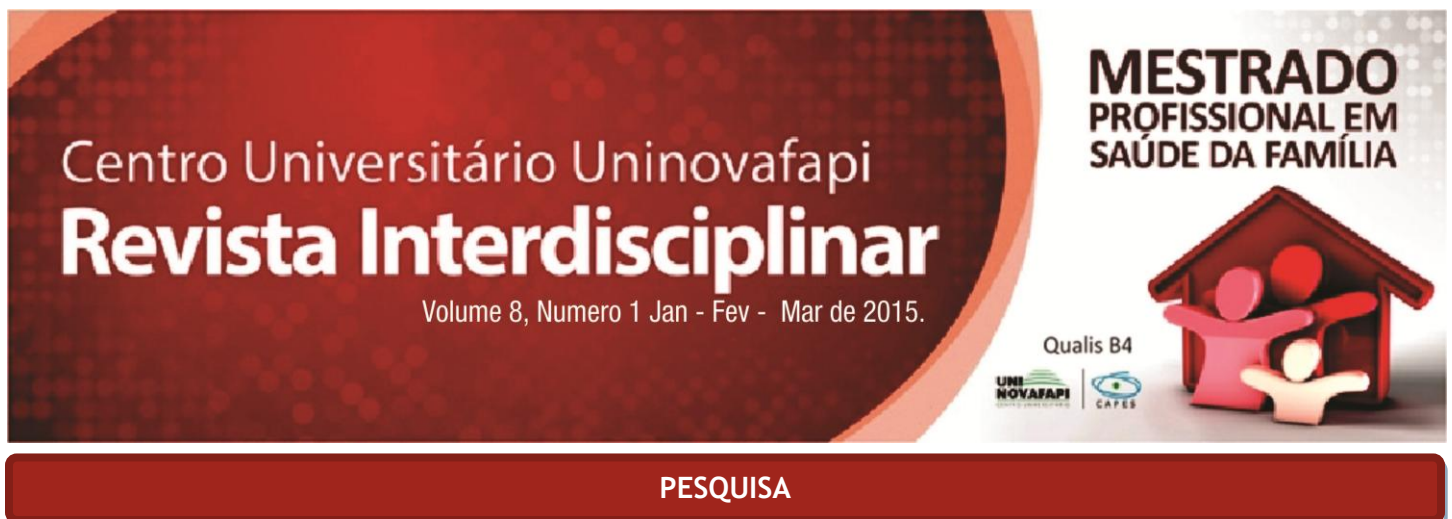


Almeida, P. D. et al.



PESQUISA

Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí

Epidemiological analysis of congenital syphilis in Piauí
epidemiológica análise de sífilis congênita en Piauí

Priscilla Dantas Almeida¹, Augusto Cezar Antunes de Araujo Filho², Anna Karolina Lages de Araújo³, Moacira Lopes Carvalho⁴, Michely Glenda Pereira da Silva⁵, Telma Maria Evangelista de Araújo⁶

RESUMO

Analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no Piauí de 2007 a 2012. O estudo é descritivo, epidemiológico, realizado através de levantamento na base de dados do DATASUS. Os dados foram coletados em julho de 2014, porém, referentes ao período de 2007 a 2012. A população foi composta por todos os casos notificados no DATASUS (n= 236). Observou-se que a maior frequência de casos ocorreu em 2012 (37,29%), predominando em filhos de mães com ensino fundamental incompleto (55,93%). Quanto ao tratamento da gestante no pré-natal, 83,47% realizaram, quanto ao parceiro, 58,90% não realizaram. Dos casos, 2,97% evoluíram para óbito. Os achados evidenciam que esta doença encontra-se, ainda, sem controle no Piauí, pois nos últimos anos aconteceu o aumento de casos. **Descritores:** Sífilis congênita. Epidemiologia. Cuidado pré-natal. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Analyzing the epidemiological profile of cases of congenital syphilis in the Piauí from 2007 to 2012. The study is descriptive, epidemiological, conducted through data lifting from DATASUS. The data were collected in July 2014; however, are referred to the period of 2007 to 2012. The study population was composed of all notified cases of congenital syphilis in the DATASUS (n = 236). It was observed that the higher frequency of cases occurred in 2012 (37,29%), predominantly in children of mothers with incomplete elementary school (55,93%). Regarding the completion of treatment of pregnant women during prenatal care, 83,47% performed, as for the partner, 58,90% did not. Of cases, 2,97% evolved to death. The findings of this study show that this disease is still out of control in Piauí, because that in recent years has been the increase in the number of cases. **Descriptors:** Congenital Syphilis. Epidemiology. Prenatal Care. Primary Health Care.

RESUMEN

Analizar el perfil epidemiológico de los casos de sífilis congénita en el Piauí de 2007 hasta 2012. El estudio es descriptivo y epidemiológico, llevado a cabo por medio de la investigación en DATASUS. Los datos fueron recogidos en julio de 2014, sin embargo, es referida en el período 2007-2012. La población de estudio fue compuesta de todos los casos notificados de sífilis congénita en el DATASUS (n = 236). Se observó que la mayor frecuencia de casos de sífilis congénita ocurrió en 2012 (37,29%) predominante en los hijos de madres con escuela primaria incompleta (55,93%). Con respecto a la finalización del tratamiento de las mujeres embarazadas durante el control prenatal, 83,47% realizó, en cuanto al tratamiento del socio, 58,90% no lo hizo. De casos de sífilis congénita, 2,97% evolucionó a la conclusión de la muerte: los resultados de este estudio muestran que la sífilis congénita está todavía fuera de control en Piauí, visto que en los últimos años ha sido el aumento en el número de casos. **Descritores:** Sífilis Congénita. Epidemiologia. Atención Prenatal. Atención Primaria a la Salud.

¹Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Vigilância em Saúde pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Email: priscilladant@hotmail.com. ²Enfermeiro pela UFPI. Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Email: araujoaugusto@hotmail.com. ³Enfermeira pela UFPI. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Email: karol_lages@hotmail.com. ⁴Enfermeira. Mestranda pelo programa de pós-graduação em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. ⁵Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho - FSA, Teresina, Piauí. Mestranda em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP. E-mail: michely.glenda@gmail.com. ⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do curso e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Email: telmaevangelista@gmail.com

Almeida, P. D. et al.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária, em qualquer momento da gestação. Dentre as várias doenças que podem ser adquiridas durante o período gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de transmissão. Devido à elevada frequência de desfechos graves, tanto para a gestação quanto para a criança, a via congênita é o meio de transmissão de maior impacto para a saúde pública (GONÇALVES et al., 2011; LIMA et al., 2013; SOUZA; SANTANA, 2013).

É uma doença multifacetada que, quando presente no período gestacional, caso não seja diagnosticada e tratada, o mais precoce possível, pode ocasionar efeitos deletérios. Sua evolução acontece através de estágios, os quais se alternam entre períodos sintomáticos e assintomáticos, podendo afetar qualquer órgão do corpo humano. São observadas alterações fisiopatogênicas na gestante, que são as mesmas encontradas em mulheres que não estão grávidas. Vários problemas podem acontecer, quando não é realizado o tratamento, como: distúrbios dermatológicos, neurológicos, ósseos e cardiovasculares. Causam ainda vários efeitos nefastos durante o período gravídico-puerperal, como, por exemplo, o abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido, com efeitos psicológicos e sociais (SOUZA; SANTANA, 2013).

Pode ser evitada através de práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal, tendo em vista que o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção desta doença (QUIN et al., 2014). Por isso, sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, pois é na atenção primária que deve

acontecer a notificação e investigação do caso, assim como, a assistência pré-natal deve ter a qualidade necessária para impedir transmissão congênita da sífilis (DOMINGUES et al., 2013; GONÇALVES et al., 2011).

Em função de uma atenção primária pouco resolutiva a SC tem sido um fardo global, pois seu controle ainda constitui um desafio para muitos países, e sua eliminação é um dos objetivos do milênio para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (QUIN et al., 2014). Além disso, a OMS destaca que intervenções que visem a eliminação da SC colaboram de maneira direta para alcançar mais três objetivos de desenvolvimento para o milênio, que são: diminuição da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna e luta contra o Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) e outras doenças (SILVA et al., 2010).

No Brasil, ainda se observa uma proporção expressiva de mulheres com sífilis durante a gestação, o que tem favorecido a ocorrência significativa de SC. 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 2009, foram registrados 5.340 casos de sífilis congênita no país (incidência de 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos) (MILANEZ; AMARAL, 2008; LIMA et al., 2013).

Assim, estratégias inovadoras são necessárias, visando o início precoce da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional, a garantia do diagnóstico durante a gestação o mais rápido possível, possibilitando, portanto, o tratamento quando é mais efetivo para o feto, antes da 24^a à 28^a semana de gestação, e o manejo clínico adequado das gestantes e parceiros, além de incluir ações de prevenção e promoção da saúde.

Almeida, P. D. et al.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Estado do Piauí de 2007 a 2012.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza descritiva, epidemiológica, realizado por meio de levantamento na base de dados do DATASUS, a qual é de domínio público. Os dados foram coletados em julho de 2014, porém, são referentes ao período de 2007 a 2012. A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita notificados no DATASUS, no período de 2007 a 2012 (n= 236).

Após a coleta, procedeu-se a tabulação dos dados. Realizou-se análise descritiva simples, utilizando-se o software de planilha eletrônica

Excel. Os achados mais significativos foram apresentados em tabelas. A discussão dos dados ocorreu com base na produção científica sobre a temática em estudo.

Considerando que a pesquisa foi realizada a partir de uma base de dados, de domínio público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Observou-se que o maior número de SC foi em 2012 com 37,29% dos casos, e possui tendência de crescimento no decorrer dos anos. A raça parda foi a mais acometida com a doença, 62,28%, e a menos foi a preta (2,12%) (Tabela 01).

Tabela 01. Série histórica dos casos notificados de Sífilis congênita, período de 2007 a 2012 segundo a raça/cor. Piauí, 2014.

Ano de Diagnóstico	Raça/Cor											
	Ignorado		Branca		Preta		Amarela		Parda		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2007	2	5,13	8	20,51	-	-	1	2,56	28	71,80	39	16,52
2008	-	-	9	36,00	-	-	-	-	16	64,00	25	10,60
2009	3	18,75	1	6,25	-	-	-	-	12	75,00	16	6,78
2010	-	-	19	61,29	1	3,23	-	-	11	35,48	31	13,13
2011	2	5,41	12	32,43	1	2,70	-	-	22	59,46	37	15,68
2012	6	6,82	21	23,86	3	3,41	-	-	58	65,91	88	37,29
Total	13	5,51	70	29,66	5	2,12	1	0,43	147	62,28	236	100,00

Fonte: DATASUS. Dados consolidados em agosto de 2014. Piauí

Almeida, P. D. et al.

De acordo com a tabela 02 observou-se que a maior frequência foi em mães com ensino fundamental incompleto (55,93%) e a menor foi nas que possuíam educação superior completa com 0,42%.

Tabela 02. Distribuição dos casos de Sífilis congênita notificados segundo a escolaridade da mãe, no período de 2007 a 2012. Piauí, 2014.

Escolaridade	n (%)	
	n	(%)
Ignorado	26	11,02
Analfabeto	9	3,81
Ens. Fund. Incompleto	132	55,93
Ens. Fund. Completo	14	5,93
Ens. Médio Incompleto	34	14,41
Ens. Médio Completo	15	6,36
Ed. Superior Incompleta	2	0,85
Ed. Superior Completa	1	0,42
Não se aplica	3	1,27
Total	236	100

Fonte: DATASUS. Dados consolidados em agosto de 2014. Piauí.

Observou-se que 88,98% dos casos evoluíram com a criança viva e 2,97% evoluíram ao óbito tendo como causa a sífilis congênita (Tabela 4).

Tabela 04. Evolução dos casos de Sífilis congênita notificados por ano de diagnóstico no período de 2007 a 2012. Piauí, 2014.

Ano de Diagnóstico	Evolução da doença											
	Sem informação		Ignorado		Vivo		Óbito pelo agravo		Óbito por outra causa		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2007	-	-	2	5,13	36	92,31	1	2,56	-	-	39	100
2008	-	-	1	4,00	18	72,00	5	20,00	1	4,00	25	100
2009	-	-	4	25,00	12	75,00	-	-	-	-	16	100
2010	1	2,23	1	2,23	29	93,54	-	-	-	-	31	100
2011	2	5,41	-	-	33	89,19	1	2,70	1	2,70	37	100
2012	5	5,68	-	-	82	93,18	-	-	1	1,14	88	100
Total	8	3,39	8	3,39	210	88,98	7	2,97	3	1,27	236	100

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Dados consolidados em agosto de 2014. Piauí.

De acordo com a tabela 05, constatou-se que 58,90% dos parceiros não realizaram o tratamento, e em 2007 foi o ano, no período

Na tabela 03 verificou-se a que no período analisado, 83,47% das mães que tiveram filhos com sífilis congênita, realizaram o tratamento para a doença durante o pré-natal.

Tabela 03. Distribuição dos casos de Sífilis congênita notificados por ano de diagnóstico, de acordo com a realização do tratamento da mãe durante o pré-natal. Piauí, 2014.

Ano de Diagnóstico	Ignorado		Sim		Não		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2007	2	5,13	32	82,05	5	12,82	39	100
2008	-	-	23	92,00	2	7,00	25	100
2009	3	18,75	11	68,75	2	12,50	16	100
2010	1	3,23	28	90,31	2	6,46	31	100
2011	-	-	29	78,38	8	21,62	37	100
2012	2	2,72	74	84,09	12	13,64	88	100
Total	8	3,39	197	83,47	31	13,14	236	100

Fonte: DATASUS. Dados consolidados em agosto de 2014. Piauí.

do estudo, que apresentou a maior quantidade que realizaram o tratamento com 38,46%.

Almeida, P. D. et al.

Tabela 05. Distribuição dos parceiros que realizaram tratamento para sífilis, a partir do diagnóstico de sífilis congênita no filho no período de 2007 a 2012. Piauí, 2014.

Ano de Diagnóstico	Ignorado		Sim		Não		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2007	7	17,95	15	38,46	17	43,59	39	100
2008	4	16,00	8	32,00	13	52,00	25	100
2009	5	31,25	3	18,75	8	50,00	16	100
2010	6	19,35	13	41,94	12	38,71	31	100
2011	4	10,81	7	18,92	26	70,27	37	100
2012	9	10,23	16	18,18	63	71,59	88	100
Total	35	14,83	62	26,27	139	58,90	236	100

Fonte: DATASUS. Dados consolidados em agosto de 2014. Piauí

DISCUSSÃO

A notificação compulsória de uma doença visa acumular dados suficientes para permitir uma análise que leve a intervenções para sua redução e/ou de suas consequências. A sífilis congênita incorporou-se a lista de doenças de notificação compulsória em 1986, visando facilitar e ampliar o diagnóstico, no entanto, em que pese a expressiva subnotificação, dados ainda apontam níveis elevados de incidência de casos (HOLANDA et al., 2011; SARACENI; MIRANDA, 2012).

O crescimento do número de casos de sífilis congênita notificados no Piauí, a partir de 2010, evidencia que ações efetivas voltadas a seu controle necessitam ser desenvolvidas, onde deve ser evidenciada a relevância da tríade vigilância-assistência-prevenção e reforça a tese da vigilância da sífilis como uma solução, oportunizando o tempo hábil e reduzindo desfecho nefasto para o recém-nascido (HOLANDA et al., 2011). Deve-se, então, fazer uso da educação em saúde, por tratar-se de uma doença completamente evitável, à medida que seja realizado o diagnóstico precoce e estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seu parceiro (COSTA et al., 2013).

O Brasil tornou-se signatário da Resolução CE116/14 da Organização Pan-Americana da Saúde R. Interd. v. 8, n. 1, p. 62-70, jan. fev. mar. 2015

(OPAS), quando em 1995 assumiu o compromisso de eliminar a ocorrência de sífilis congênita até o ano 2000, elaborando um plano de controle da doença baseado na qualificação da assistência pré-natal e no diagnóstico e tratamento oportuno dos casos de sífilis gestacional, de forma a evitar a transmissão vertical da doença (LIMA et al., 2013).

A vigilância de agravos de transmissão vertical, por sua vez, deve acontecer no período em que ainda há possibilidade de intervenção e, a assistência pré-natal, admite esse momento de medidas preventivas visando à redução da incidência da SC, pois o principal objetivo da atenção pré-natal é captar a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, adotando condutas acolhedoras e com intervenções oportunas, tanto nela quanto no parceiro (HOLANDA et al., 2011; COSTA et al., 2013).

Somente em 2005, a sífilis em gestante, também passa a compor a lista de agravos de notificação compulsória, acreditando-se que com a eliminação desta, seja possível eliminar a sífilis congênita, uma vez que é proveniente da transmissão vertical do *Treponema pallidum*. A notificação e investigação dos casos de sífilis em gestantes ocorrem ainda durante o pré-natal. Nesse sentido, os casos ainda elevados de sífilis congênita revelam que existem deficiências no atendimento pré-natal pelas Unidades Básicas de

Almeida, P. D. et al.

Saúde, pois estudos apontam que apesar de gestantes possuírem acompanhamento pré-natal prévio, seus filhos nasceram com sífilis congênita. Assim, destaca-se que o número de consultas realizadas não deve e nem pode ser utilizado como exclusivo indicador de avaliação da atenção pré-natal prestada (SARACENI; MIRANDA, 2012; SILVA et al, 2010).

Alguns fatores possibilitam a influência do baixo índice de diagnósticos de sífilis congênita durante o pré-natal, os quais podem ser relacionados ao baixo número de consultas pré-natal, ausência do exame VDRL no primeiro e terceiro trimestre gestacional, atraso dos laboratórios na entrega dos resultados, ausência de retorno da gestante com os resultados dos exames, bem como falha do serviço na busca das gestantes que abandonam o acompanhamento pré-natal e ainda instituição de tratamentos inadequados (LIMA et al., 2013).

Estudos apontam a influência das desigualdades sociais no acometimento da SC, e mostram que as mães dessas crianças apresentam geralmente cor parda ou negra, baixa escolaridade, classe econômica desfavorável, início de pré-natal tardio e número inadequado de consultas pré-natal (DOMINGUES et al., 2013; LIMA et al., 2013). Dados de uma pesquisa realizada em Pernambuco, em 2011, corroboram com o presente estudo, onde 86,78% das mulheres eram pretas e pardas, e, 13,22% brancas.

Em conformidade com outros estudos, grande parte das mães das crianças notificadas possuía apenas o ensino fundamental incompleto, o que demonstra a influência dos fatores sociais na contextualização do agravo (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; GONÇALVES et al., 2011; HOLANDA et al., 2011; MELO et al., 2011; SOEIRO et al., 2014). E, ainda que não seja restrita às classes menos privilegiadas, a sífilis em gestantes tem sido

relacionada ao baixo nível socioeconômico (MAGALHÃES et al., 2013).

Conforme Araújo et al. (2012), a distribuição dessa doença é um reflexo das desigualdades sociais em saúde. As desigualdades no acesso e qualidade do pré-natal esclareceriam, por sua vez, a maior exposição de crianças, que possuem mães de camadas menos favorecidas, ao risco de contraírem a sífilis congênita. Tal questão pode ser fortalecida pelos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do ano de 2008, os quais apontam possuir maior dificuldade de acesso à assistência de pré-natal as mulheres negras e com menor nível instrucional. Além disso, segundo Costa et al. (2013), a SC acomete crianças nascidas de mães que pertencem a todas as idades reprodutivas, o que pode ser justificado pela prática do sexo sem proteção, o qual independe da faixa etária.

A ocorrência elevada, de sífilis congênita, embora existam medidas para sua prevenção, demonstra que existem falhas nos serviços de saúde, especialmente no pré-natal, que gera tantos pontos negativos para a saúde, como elevação das taxas de óbito por aborto, natimorto ou óbito neonatal precoce, que atingem de 25 a 40 % dos casos (GONÇALVES et al., 2011). Nosso estudo, entretanto, demonstrou que 88,98% dos casos notificado evoluíram com a criança viva e apenas 2,97% dos casos tiveram óbito por sífilis congênita.

O tratamento é adequado quando utilizada a penicilina G benzatina, durante a gestação. Entretanto, para que a gestante seja considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção neonatal, deve receber a medicação na dosagem total e na quantidade de aplicação de acordo com o estadiamento da infecção, ter finalizado o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, e o parceiro também ser tratado, concomitantemente, com o mesmo esquema

Almeida, P. D. et al.

terapêutico da gestante (HOLANDA et al., 2011; CAMPOS et al., 2010).

Neste estudo pode-se verificar que 83,47% das gestantes realizaram tratamento. Entretanto evidenciou que 58,9% dos parceiros não o realizaram. Diante disso, segundo Costa et al. (2013), torna-se limitado o controle da sífilis na gestação, visto que muitos parceiros não realizam tratamento adequado. Tal fato demonstra que as gestantes com sífilis vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfeção e a transmissão vertical. De acordo com Lima et al. (2013), a ausência de tratamento adequado aumenta o risco de transmissão da sífilis da mãe para o concepto, o qual pode variar de 49 a 80%.

Este estudo encontra-se em consonância com pesquisas realizadas no Espírito Santo e no Amazonas, onde 66,04% e 67,1% dos parceiros não receberam tratamento, respectivamente. Diante disso, observa-se a necessidade da comunicação e busca ativa dos parceiros que, em grande parte dos casos, não utilizam preservativos e não aderem ao tratamento. Assim, essa situação, de não tratamento do parceiro, torna-se uma das importantes responsáveis pela reinfeção das gestantes, perpetuação e conservação dos casos de sífilis congênita, mesmo que a gestante tenha recebido o tratamento adequadamente (GONÇALVES et al., 2011; LIMA et al., 2013; SOEIRO et al., 2014). Assim, a inclusão do parceiro no pré-natal torna-se uma estratégia relevante para a abordagem do problema, sendo categórica para a cura eficaz materna e, por conseguinte, para a eliminação do agravo (MAGALHÃES et al., 2013).

Apesar do crescimento do número de notificações, que talvez, demonstre uma preocupação com a redução do número de casos, ainda acontece o preenchimento incompleto ou incorreto de alguns campos da ficha de investigação, o que denota omissão ou banalização

da importância da notificação, que pode dever-se dentre outros fatores ao desconhecimento epidemiológico do agravo ou à ausência de uma visão focalizada na prevenção coletiva (GONÇALVES et al., 2011).

CONCLUSÃO

Os achados apresentados por este estudo evidenciam que a sífilis congênita encontra-se, ainda, fora de controle no estado do Piauí, visto que nos últimos anos tem ocorrido o aumento no número de casos, o que suscita a discussão sobre alguns pontos relacionados à assistência prestada durante o pré-natal e ainda no tocante a prevenção da sífilis adquirida, visto que a ocorrência dos casos encontra-se associada ao manejo inadequado, com perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento, ao tratamento ineficaz da gestante, a não realização do tratamento do parceiro, à investigação inadequada em gestantes e à ausência de aconselhamento.

Diante disso, identifica-se que há a necessidade de implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo. Por isso, ressalta-se a importância da educação em saúde no intuito de informar quanto às formas de prevenção, transmissão e de tratamento, além de incentivar a proteção das mulheres durante todo o seu ciclo vital, por meio da utilização do preservativo nas relações sexuais, principalmente aquelas que não possuem um único parceiro. Também, é fundamental a vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde, na coleta de dados e geração de informações de qualidade, a partir da investigação e notificação de casos com consequente direcionamento das ações para o controle.

Almeida, P. D. et al.

Nesta perspectiva, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais de saúde, a fim de buscarmos a uniformidade nas condutas para com a sífilis gestacional e congênita, mediante a utilização de protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, além das condutas de vigilância.

REFERÊNCIA

- ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *DST - J bras Doenças Sex Transm.*, v.19, n.3-4, p.144-56, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/6.pdf>
- ARAÚJO, C. L; et al. Incidência de sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.46, n.3, p.479-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>
- CAMPOS, A. L. A; et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.9, p.1747-55, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf
- COSTA, C. C; et al. Sífilis congênita no Ceará: análise de uma década. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.47, n.1, p.152-9, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf>
- DOMINGUES, R. M. S. M; et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.47, n.1, p.147-57, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>
- GONÇALVES, J; et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um hospital universitário - 2004 a 2008. *Rev Brasileira Pesq Saúde*, Vitória, v.13, n.2, p. 49-55, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/1602/1202>
- 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.203-12, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a09.pdf>
- LIMA, M. G; et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.499-506, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/21.pdf>
- MAGALHÃES, D. M. S; et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>
- MELO, N. G. D. O; et al. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênitas no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.20, n.2, p.213-222, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a10.pdf>
- MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.325-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a01v30n7.pdf>
- QUIN, J. B; et al. Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study. *Sexually Transmitted Diseases*, v.41, n.1, p.13-23, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24326577>
- SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.490-96, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/09.pdf>
- SILVA, M. R. F; et al. Percepção de mulheres com relação a ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p.301-309, 2010. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/722/341>
- SOEIRO, C. M. O; et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.715-23, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0715.pdf>

Almeida, P. D. et al.

SOUZA, B. C.; SANTANA, L. S. As conseqüências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. **Interfaces científicas - saúde e ambiente**, Aracaju, v.1, n.3, p.59-67, 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/746/440>

Submissão: 12/09/2014

Aprovação: 01/12/2014