

## **Sífilis Congênita: um estudo epidemiológico do município de Imperatriz – MA**

### **Congenital syphilis: an epidemiological study in the city of Imperatriz – MA**

DOI:10.34117/bjdv7n6-176

Recebimento dos originais: 07/05/2021

Aceitação para publicação: 09/06/2021

#### **Uéllica da Silva Santos**

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás – PA

Endereço: Rua Monte Castelo, s/n, Monte Castelo, Canaã dos Carajás – PA

E-mail: uellicasilva@hotmail.com

#### **Dennis Gonçalves Novais**

Mestre em Saúde Pública nos Trópicos

Instituição: Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC

Endereço: Rua Pedro Ludovico, n°. 565, Boa Vista, Augustinópolis – TO

E-mail: enfdennisnovais@hotmail.com

#### **Alice dos Santos Silva Alcântara**

Especialista em Ginecologia, Obstetrícia e Saúde da Mulher

Instituição: Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC

Endereço: Rua Antônio Mauro do Nascimento, s/n, Bela Vista, Augustinópolis – TO

E-mail: enfalices@gmail.com

#### **Kéury Nascimento Ribeiro**

Especialista em Ginecologia, Obstetrícia e Saúde da Mulher

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Brejo Grande do Araguaia – PA

Endereço: Rua Getúlio Vargas, n°. 918, Centro, Araguaia – TO

E-mail: keure.ribeiro@hotmail.com

#### **Gismailly da Silva Soares**

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Instituição: Hospital Regional de Augustinópolis – HRA

Endereço: Rua São Francisco, n°. 315, Vila União, Buriti do Tocantins – TO

E-mail: gismaillysilva@gmail.com

#### **Raelque Sousa e Silva**

Especialista em Obstetrícia e Saúde Pública

Instituição: Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC

Endereço: Rua Gonçalves Dias, n°. 542, Centro, Imperatriz – MA

E-mail: raelqueenffabic@gmail.com

**Dannícia Silva Conceição**

Especialista em Saúde Pública e Obstetrícia  
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Marabá – PA  
Endereço: Rua Santo Antônio, s/n, São Félix 2, Marabá – PA  
E-mail: dani-enfermeira@hotmail.com

**Camila Pereira Araújo**

Graduação em Enfermagem  
Instituição: Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC  
Endereço: Rua do Comércio, s/n, Centro, Sítio Novo Tocantins – TO  
E-mail: mylla\_araujo18@hotmail.com

**RESUMO**

A sífilis tem se mostrado reemergente, pois está entre as DSTs que mais tem se disseminado nos dias atuais, percebe-se que a população tem banalizado o uso de preservativos, haja vista o seu alto índice, ato que pode ocasionar a transmissão vertical e revelar falha na assistência voltada para o controle das doenças sexualmente transmissíveis e as gestantes. O estudo teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no período de 2011 a 2015, no município de Imperatriz, Maranhão. Tratou-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa sobre o perfil dos casos de sífilis congênita notificados em Imperatriz - MA, coletados a partir de informações geradas pela base de dados secundárias do Ministério da Saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A amostra foi de 100%, pois todos os casos notificados no respectivo período foram analisados, totalizando 121 casos. Diante dos achados foi possível constatar que a faixa etária com maior predominância de transmissão vertical de sífilis, são mulheres jovens com a vida sexualmente ativa da raça parda. Quanto à escolaridade, são mais frequentes as genitoras que frequentaram da 5ª à 8ª série do ensino fundamental, mas não completaram, e que tinha como ocupação dona de casa. A maioria das mulheres realizaram o pré-natal, e foram diagnosticadas com sífilis através dos exames realizados nestas consultas, porém o tratamento foi realizado de forma inadequada o que resultou na transmissão para o concepto. O perfil dos RN na população estudada era na maioria do sexo masculino, com menos de um ano de vida, e que evoluíram vivos.

**Palavras-chaves:** Treponema Pallidum, Sífilis congênita, Notificação Compulsória.

**ABSTRACT**

Syphilis has been shown to be reemerging, as it is among the STDs that has spread the most today, it is clear that the population has banned the use of condoms, given its high rate, an act that can cause vertical transmission and reveal failure in care aimed at controlling sexually transmitted diseases and pregnant women. The study aimed to outline the epidemiological profile of congenital syphilis in the period from 2011 to 2015, in the municipality of Imperatriz, Maranhão. It was an exploratory-descriptive study with a quantitative approach on the profile of cases of congenital syphilis reported in Imperatriz - MA, collected from information generated by the secondary database of the Ministry of Health in the Health Information System of Notification (SINAN), made available at the SUS Computer Department (DATASUS). The sample was 100%, as all the cases notified in the respective period were analyzed, totaling 121 cases. In view of the findings, it was

possible to verify that the age group with the highest prevalence of vertical transmission of syphilis, are young women with a sexually active life of the brown race. As for schooling, the mothers who attended the 5th to 8th grades of elementary school are more frequent, but did not complete it, and who had a housewife occupation. Most women performed prenatal care, and were diagnosed with syphilis through the tests performed in these consultations, but the treatment was performed inappropriately which resulted in transmission to the fetus. The profile of newborns in the population studied was mostly male, less than one year old, and who evolved alive.

**Keywords:** *Treponema Pallidum*, Congenital syphilis, Compulsory Notification.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde a sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta de transmissão sexual e vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida e congênita da doença (BRASIL, 2007a).

Em gestantes representa a ocorrência de sífilis congênita revela-se como um grande desafio para a saúde pública, apesar de possuir um tratamento de baixo custo e controle eficaz. Os profissionais da área da saúde desempenham importante papel na prevenção da sífilis congênita (SC), tendo em vista que as gestantes devem realizar os exames de pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação, se confirmado o diagnóstico da doença, deve ser tratada imediatamente evitando que o conceito seja contaminado.

É notável o aumento significativo do número de casos de sífilis, nos últimos anos, fato que traz preocupações e desencadeia a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas pelo Ministério da Saúde. No intuito de diminuir a incidência de SC, é importante que os profissionais de saúde e gestores conheçam a magnitude do problema em sua localidade, pois a partir da situação epidemiológica poderá ser realizado o planejamento das intervenções necessárias. Nesse sentido delimitou-se o seguinte objetivo do estudo: Traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no período de 2011 a 2015, no município de Imperatriz - MA.

Esta pesquisa se justificou dada a importância de se conhecer a amplitude da SC no município estudado, para uma posterior melhora da qualidade da assistência na atenção básica a essas mulheres. Além de ampliar as informações sobre esta realidade para profissionais atuantes, população, poder público e comunidade científica.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis ou lues é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, que ocupa uma importância significativa entre os problemas mais frequentes de saúde em todo o mundo, tem como agente etiológico o *treponema pallidum*, uma bactéria que pode ser transmitida durante a gestação em qualquer estágio da doença, durante o aleitamento materno ou canal do parto se houver lesões (BRASIL, 2010a; CAVALCANTE et al., 2012).

O *Treponema pallidum*, é um microorganismo delicado, espiralado, com motilidade em “saca-rolhas”, sem período de incubação específico para sífilis congênita. O tempo de multiplicação do *treponema pallidum* é de 30-35 horas, ocorrendo em anaerobiose. A inoculação em cobaia permite seu isolamento e confirmação laboratorial. pode ser visualizado sob microscopia de campo escuro, com coloração de prata e imunofluorescência direta. Infecções experimentais em cobaias não apresentaram evolução, não contaminando outros animais e findando espontaneamente (SÃO PAULO, 2010).

Há mais de um século foi divulgado pelo dermatologista *Siegel* um protozoário que possivelmente seria o causador da sífilis uma amostra papilar sífilítica permitiu aos dermatologistas *Paul Erich Hoffman* e *Fritz Shaudinn* descobrir que se tratava de uma bactéria causadora da sífilis o que denominou *Spirochaetta pallida*, pela pouca afinidade aos corantes, porém sete meses após passou a chamá-la *treponema pallidum* (GRIEBELER, 2009).

A sífilis é transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto, e existem outras formas de transmissão mais raras com menos importância que são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e transfusão sanguínea (AVELLEIRA; BOTINO, 2006).

A evolução da sífilis é dividida em primária, secundária e terciária. Os principais sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais transmissível, o terceiro estágio pode ou não apresentar sintomas e por isso causar a falsa impressão de cura da doença. Com o desaparecimento dos sintomas as pessoas se despreocupam e não procuram diagnóstico e tratamento, sem avaliação e atendimento adequado a doença atinge pele, olhos, ossos, sistema cardiovascular e sistema nervoso (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Ministério da Saúde através do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de infecções sexualmente transmissíveis, na Sífilis primária o primeiro

sintoma é evidenciado por uma ulcera, chamada de cancro duro sendo geralmente único, indolor, com base endurecida, fundo limpo, rica em treponemas, acompanhada por linfadenopatia inguinal, esse estágio pode durar de duas a seis semanas e desaparecer espontaneamente, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2015b).

O Ministério da saúde define que na sífilis secundária as manifestações clínicas ocorrem em geral de seis a oito semanas após o desaparecimento do cancro duro, aparecem lesões de variados tamanhos e formas ricas em treponemas, os principais sintomas são: poliadenopatia generalizada, artralgia, febrícula, cefaleia, adinamia, pápulas cutâneas palmoplantares e alopecia. A sífilis latente é o período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma de sífilis, o diagnóstico é feito através de testes sorológicos (BRASIL, 2007a).

A sífilis terciária manifesta-se por lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Em geral, a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas. Podem estar acometidos ainda ossos, músculos e fígado. No tegumento, as lesões são nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas e gomas. As lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas, com pouca inflamação, bordas bem marcadas, policíclicas ou formando segmentos de círculos, tendência à cura central com extensão periférica, formação de cicatrizes e hiperpigmentação periférica (CHUFALO; ESPINDOLA; MACIEL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde o diagnóstico da SC deve ser clínico, epidemiológico e laboratorial, o diagnóstico sorológico baseia-se em reações não treponêmicas, sendo rotineiramente utilizada a reação de VDRL, esse é o método para seguimento da resposta terapêutica, pois nota-se redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falso-positivas, devido outras patologias. Sendo utilizado para confirmar o diagnóstico um teste treponêmico como o FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, porém não é útil para seguimento (BRASIL, 2010b).

Logo na primeira consulta de pré-natal, solicita-se a triagem sorológica, com a realização do VDRL se o resultado for negativo é necessário repeti-lo na 28ª a 30ª semana de gestação. A droga de escolha no tratamento é a penicilina, sendo que a penicilina G cristalina ou a penicilina G benzatina podem ser indicados para o tratamento dos recém-nascidos (RN) (ROMANELLI *et al.*, 2014).

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, sendo uma medicação de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia, sua dosagem protocolar utilizada é:

Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI (Unidade Internacional), intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), repetida após 1 semana. A dose total é de 4,8 milhões UI. Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal por 3 semanas. A dose total é de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2011, p. 203).

O Ministério da Saúde através do protocolo para prevenção de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana e sífilis esclarece que gestantes ou nutrizes que após o teste de sensibilidade fique comprovado que são alérgicas a penicilina, devem ser dessensibilizadas e em seguida tratadas com penicilina, em ambiente hospitalar. Na impossibilidade deverão ser tratadas com eritromicina 500 mg por via oral de seis em seis horas por quinze dias para sífilis recente, ou durante 30 dias para sífilis tardia. Porém essa gestante não será considerada devidamente tratada para que evite a transmissão fetal, sendo obrigatório a investigação e o tratamento adequado da criança após seu nascimento (BRASIL, 2007a).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação, como também pelo canal do parto se houver lesões, sucedendo a transmissão da sífilis congênita, em 40% dos casos pode causar aborto espontâneo, natimorto e óbito fetal. (SÃO PAULO, 2008).

Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da doença na mãe e a duração de exposição do feto no útero, sendo maior nas fases iniciais devido ao maior número de espiroquetas na circulação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A SC possui diagnóstico simples é uma doença que pode ser evitada, quando o tratamento é feito adequadamente, não só da gestante como também do seu parceiro sexual. No que se refere a sintomatologia em dois terços dos portadores a patologia é assintomática, e as demais variam de acordo com classificação que pode ser precoce ou tardia (COSTA *et al.*, 2012).

A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estagio da doença materna, sendo que nas fases primárias e secundárias as taxas de transmissão são de 70% a 100% e na fase tardia reduz para 30% (BRASIL, 2007a).

O tempo de evolução do período de infecção da SC é muito variável, somente interrompida pelo tratamento, a evolução da infecção treponêmica acarreta lesões deformantes, com destruição de tecido ósseo e cutâneo-mucoso, além de sequelas neurológicas, o tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas, em poucos dias. As lesões tardias já instaladas, não serão revertidas com a antibioticoterapia (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde através do boletim epidemiológico informa que de 1998 a junho de 2014, foram notificados no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) 104.853 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 48.015 (45,8%) na Região Sudeste, 32.884 (31,4%) no Nordeste, 8.959 (8,5%) no Sul, 8.856 (8,4%) no Norte e 6.139 (5,9%) no Centro Oeste. Sendo que em 2013 98% dos casos foram diagnosticados em neonatos, 96,4% na primeira semana de vida, observa-se que 92,7% dos casos foram classificados como sífilis recente, 0,1% como sífilis tardia e 3,4% aborto por sífilis e 3,9% natimortos (BRASIL, 2015a).

Aproximadamente um terço das gestantes infectadas com sífilis pode evoluir para perda fetal e a mesma quantidade ter como desfecho o nascimento do filho com sífilis congênita, apesar de ser facilmente prevenida a prevalência desta doença é grande ocasionando 2 milhões de gestantes infectadas no mundo, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) esta patologia é quatro vezes mais prevalente que o (HIV) vírus da imunodeficiência humana (ARAÚJO, 2012).

Acredita-se que os fatores de risco para o aumento da transmissão de SC estão relacionados à baixa escolaridade, relaxamento das medidas preventivas, uso de drogas, precocidade na iniciação sexual, alto número de parceiros sexuais, aquisição de doença sexualmente transmissível e ao atendimento inadequado à saúde principalmente durante o pré-natal (SOUZA, 2014).

Quanto aos óbitos por sífilis congênita, o Brasil apresentou 1.780 óbitos declarados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 1998 a 2011 (BRASIL, 2012). Porém óbitos por SC em crianças podem ser evitados com uma assistência eficiente no sistema público de saúde, a maior falha neste sistema é a má



qualidade da assistência no pré-natal, que culmina na não realização do VDRL exame de triagem, e o tratamento inadequado da gestante e seu parceiro (LIMA *et al.*, 2013).

A tríade vigilância-assistência-prevenção, base da maioria dos programas de Saúde Pública, concorre para reforçar a tese de que a vigilância da sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema. As intervenções de triagem laboratorial e tratamento permitem a prevenção do caso de SC e encontram-se entronizadas na assistência pré-natal (SARACENI *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde afirma que a medida de controle mais efetiva consiste na captação precoce da gestante para início do pré-natal oferecendo assistência de qualidade, realizando no mínimo seis consultas durante a gestação, realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, ideal que seja solicitado na primeira consulta e repita no terceiro trimestre por volta da vigésima oitava semana de gravidez, realizar o tratamento de forma eficaz medicando a mulher e o parceiro, realizar registro na caderneta da gestante e realizar a notificação compulsória dos casos de sífilis congênita (BRASIL, 2006).

A notificação da sífilis representa uma medida de controle importante, pois a partir da mesma se realiza as investigações das causas do problema, para que se corrijam as falhas na assistência, contribuindo para uma melhoria na estrutura física e qualificação dos recursos humanos disponíveis no combate à doença (LIMA *et al.*, 2013).

O ministério da saúde refere que as medidas de controle envolvendo a realização do VDRL devem ser em vários momentos em que haja possibilidade da mulher se infectar, ou se estiver infectada transmitir para seu filho, antes da gravidez, na admissão na maternidade, seja para realização de parto ou curetagem pós-aborto ou qualquer outra intercorrência que venha acontecer durante a gestação (BRASIL, 2006).

A vigilância da sífilis congênita inicialmente preconizava somente a notificação de óbitos ou quadros graves passou a notificar crianças assintomáticas no momento do nascimento, pois as investigações ocorrem através dos dados das mães com sífilis. A partir dos dados do sistema de vigilância é possível obter informações importantes da história natural da doença, a forma e a gravidade das manifestações clínicas, e através das informações maternas é possível conhecer os fatores que levaram à ocorrência dos casos, principalmente sobre a prevenção da SC no pré-natal e no parto (TAYRA *et al.*, 2007).



### 3 METODOLOGIA

A presente pesquisa tratou-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem quantitativa sobre o perfil dos casos de sífilis congênita notificados no município de Imperatriz - MA, coletados a partir de informações geradas pela base de dados secundárias do Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A coleta de dados para a pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2016. A população foi composta por todos os casos notificados de sífilis congênita no período de janeiro 2011 a dezembro de 2015, totalizando uma amostra de 121 casos no período estudado. Foram excluídos da pesquisa, os casos que não foram notificados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015 e os casos subnotificados, que não constam na base de dados do SINAN, ou que não continham os dados completos.

Os resultados foram apresentados e discutidos no decorrer do estudo, e as informações agrupadas e tabuladas, exposta em forma de tabelas pela planilha do Programa Microsoft Office Excel 2010® e apresentados no Programa da Microsoft Office Word 2010®, com o objetivo de facilitar a compreensão da pesquisa os resultados foram apresentados e comentados no decorrer do texto com as discussões cabíveis.

O presente estudo não necessitou da autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), pois os dados foram exclusivamente secundários de acesso livre no SINAN, contudo a pesquisa seguiu as proposições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do ministério da saúde, que se refere à garantia dos preceitos da Bioética quanto a não maleficência, à beneficência, à autonomia e à justiça, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica ao estado e determina o termo como forma de respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, garantindo a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao observar a tabela 1 nota-se que a faixa etária predominante é de mulheres com 20 a 34 anos de idade, seguida pela faixa etária de 15 a 19 anos de idade, no que se refere à raça, aquelas que se declararam pardas são o maior percentual. Ao analisar a faixa etária de maior predominância de casos de sífilis identificou-se que esta população estudada se encontra em vida sexualmente ativa, ou seja, mulheres jovens em plena fase reprodutiva

seguida por adolescentes, fato que causa surpresa, pois a adolescência pode ser considerada um fator de risco para sífilis.

**Tabela 1:** Representação das notificações de sífilis congênita por faixa etária e raça das genitoras por ano, entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, do município de Imperatriz - MA, setembro de 2016.

Faixa etária Mãe	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Branco</b>	0	0	2	0	0	<b>2</b>
<b>10-14</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>15-19</b>	10	4	6	6	4	<b>30</b>
<b>20-34</b>	30	13	7	14	9	<b>73</b>
<b>35-49</b>	2	4	2	3	4	<b>15</b>
<b>Total</b>	43	21	17	23	17	<b>121</b>

  

Raça	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Ignorado/Branco</b>	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>Branca</b>	1	0	1	0	4	<b>6</b>
<b>Preta</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Parda</b>	42	20	16	23	12	<b>113</b>
<b>Total</b>	43	21	17	23	17	<b>121</b>

Fonte: DATASUS, setembro de 2016.

Conforme estudo realizado por Araújo *et al.* (2012) a faixa etária mais acometida se assemelha ao resultado encontrado, a maioria mulheres tinham entre 20 e 29 anos resultando em 50% dos casos, e a raça parda com predominância de 49% entre as mães das crianças com sífilis congênita.

Com relação à faixa etária o mesmo resultado foi descrito por Mesquita *et al.* (2012) em seu estudo intitulado análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal, que apresenta como resultado o predomínio das mulheres com idade entre 20 a 34 anos.

Conforme afirma Ximenes *et al.* (2008) o comportamento da sífilis no Brasil quando se refere a idade é disperso e atinge várias faixas etárias e reprodutivas, fato que mostra a prática de sexo desprotegido independentemente da idade, pois identificou em estudo sobre mortalidade materna perinatal por SC que em 65,1% dos casos a idade materna estava entre 20 anos ou mais e constatou que 44,9% das gestantes tinham idade igual ou inferior a 20 anos.

Na tabela 2, quanto à escolaridade, são mais frequentes as genitoras que frequentaram da 5ª à 8ª série do ensino fundamental, mas não completaram, seguem-se as que completaram o ensino médio, no período analisado constatou-se que apenas uma mulher possuía nível superior. A ocupação predominante é a dona de casa seguindo-se a de estudante, A tendência manteve-se ao longo do período, no entanto, a verificou-se uma

diminuição da porcentagem de genitoras com a ocupação dona de casa no decorrer dos anos.

**Tabela 2:** Representação das notificações de sífilis congênita por escolaridade e ocupação das genitoras por ano, entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, do município de Imperatriz - MA, setembro de 2016.

<b>ESCOLAR MÃE</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado/Branco</b>	0	0	0	4	1	<b>5</b>
<b>Analfabeto</b>	1	2	0	0	1	<b>4</b>
<b>1ª a 4ª série incompleta do EF</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>4ª série completa do EF</b>	5	0	0	0	0	<b>5</b>
<b>5ª a 8ª série incompleta do EF</b>	20	8	4	10	10	<b>52</b>
<b>Ensino fundamental completo</b>	4	4	3	1	2	<b>14</b>
<b>Ensino médio incompleto</b>	7	1	4	3	0	<b>15</b>
<b>Ensino médio completo</b>	5	6	5	5	3	<b>24</b>
<b>Educação superior incompleta</b>	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Educação superior completa</b>	0	0	1	0	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>121</b>
<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado</b>	0	2	0	2	1	<b>5</b>
<b>Estudante</b>	4	1	3	1	2	<b>11</b>
<b>Dona de casa</b>	30	15	6	12	11	<b>74</b>
<b>Farmacêutico</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Agente de higiene e segurança</b>	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>Técnico de enfermagem</b>	0	0	1	1	0	<b>2</b>
<b>Professor de nível médio no ensino fundamental</b>	0	0	1	1	0	<b>2</b>
<b>Auxiliar de escritório, em geral</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Zelador de edifício</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Faxineiro</b>	1	0	0	1	0	<b>2</b>
<b>Cabeleireiro</b>	1	1	0	0	0	<b>2</b>
<b>Manicure</b>	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Vendedor ambulante</b>	1	0	2	0	0	<b>3</b>
<b>Trabalhador agropecuário em geral</b>	2	2	1	6	1	<b>12</b>
<b>Vendedor de comércio varejista</b>	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>Costureira de peças sob encomenda</b>	1	0	0	1	0	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>121</b>

Fonte: DATASUS, setembro de 2016.

Percebe-se que a maioria das mulheres possui baixa escolaridade, e por ocupação desenvolvem a função de dona de casa ou estudante e provavelmente não possuem renda própria, fatores que podem dificultar o acesso e continuidade da assistência ao pré-natal ou mesmo a falta de percepção da qualidade da assistência, o que reforça a conclusão apresentada por vários autores da relação entre sífilis e as desigualdades sociais, provocando aumento significativo dos casos de SC entre mães que estão em situação de vulnerabilidade.

Diante do exposto, Sousa (2014) afirma em seu estudo que um dos fatores de risco para o aumento de SC é a baixa escolaridade, e corroborando com os achados da presente

pesquisa, Figueiró – Filho *et al.*, (2007) declara que a população mais afetada é a de baixa renda sendo importante a elaboração de estratégias, que facilitem o manejo clínico, favorecendo a redução dos índices de morbimortalidade materna e fetal.

Semelhante aos dados encontrados sobre a Sífilis Congênita na vigilância epidemiológica do município da pesquisa, um estudo realizado por Mesquita *et al.*, (2012) em Sobral – CE averiguou-se que na realidade estudada a maior predominância era de mulheres com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série do Ensino Fundamental, e que declararam com relação à ocupação ser dona de casa.

**Tabela 3:** Casos notificados de sífilis congênita e a incidência (casos por 1.000 nascidos vivos) do município de Imperatriz - MA, setembro de 2016.

Ano de notificação	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nº de casos notificados	43	21	17	23	17	121
Nº de nascidos vivos	4.972	4.778	4.975	5.183	5.227	19.934
Incidência (casos/1.000 nascidos vivos)	8,6	4,3	3,4	4,4	3,2	Média (4,7)

Fonte: DATASUS, SINASC, setembro de 2016.

No decorrer dos cinco anos destacados na tabela 3, observa-se o total de 121 casos de sífilis congênita, no município estudado notificados ao SINAN, apresentando oscilações no decorrer dos anos, estes números demonstram a necessidade de desenvolver ações para controle e educação em saúde, pois observa-se uma doença evitável, sendo necessário para isso diagnóstico e tratamento das gestantes infectadas e de seu parceiro.

Observa-se que no período estudado que nos anos de 2011 e 2014 o município pesquisado apresentou seus maiores índices de casos notificados de sífilis congênita, sendo que no ano de 2011 foram registrados 43 casos, enquanto que o ano de 2014 apresentou 23 casos notificados.

A partir da análise do número total de casos por mil nascidos vivos (NV), nos respectivos anos, foi possível constatar que a taxa de incidência em 2011 foi de 8,6 por 1000 NV, sendo a maior do período estudado, ocorrendo redução no ano de 2015 a incidência de 3,2 por 1000 NV, porém nenhum dos anos encontra-se dentro da meta estimada pelo ministério da saúde que estabeleceu como objetivo para erradicar a SC a ocorrência de um caso para 1000 NV, conclui-se que houve uma redução dos casos ou má divulgação dos resultados, podendo estar ocorrendo subnotificação.

De acordo Ministério da Saúde a incidência de SC no Brasil em 2011 e 2012 foram respectivamente de 3,2 e 4,0 por 1000 NV e a região nordeste apresentou no ano de 2011 o índice de 3,8 por 1000 NV, ao compararmos estas com a incidência do

município da pesquisa nota-se a mesma apresentou taxa de ocorrência mais elevada principalmente no ano de 2011 (BRASIL, 2015a).

No estudo realizado por Alves et al., (2016) a incidência média obtido para o período foi de 4,8 casos a cada 1.000 nascidos vivos o mesmo se assemelha com o resultado encontrado na presente pesquisa. Por outro lado, Incidência maior foi verificada no estudo de Figueiró-Filho et al. (2007), no município de Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul, onde foram encontrados 23,4 casos por 1.000 nascidos vivos.

**Tabela 4:** Casos notificados de Sífilis Congênita do município de Imperatriz – MA entre 2011 e 2015, de acordo com a realização do pré-natal e com o diagnóstico de sífilis materna, setembro, 2016.

<b>Realizou Pré-Natal</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
Ign/Branco	0	0	1	0	1	<b>2</b>
Sim	35	18	15	23	13	<b>104</b>
Não	8	3	1	0	3	<b>15</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>121</b>

  

<b>Sífilis Materna</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
Ignorado/Branco	0	0	2	0	2	<b>4</b>
Durante o pré-natal	15	12	10	13	2	<b>52</b>
No momento do parto/curetagem	24	5	2	1	4	<b>36</b>
Após o parto	4	4	3	8	8	<b>27</b>
Não realizado	0	0	0	1	1	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>121</b>

Fonte: DATASUS, setembro de 2016.

Na análise comparativa da tabela 4 a maioria das mulheres notificadas por sífilis congênita realizaram o pré-natal, entretanto o diagnóstico da sífilis materna não foi predominante neste período, visto que muitas receberam o diagnóstico no momento do parto/curetagem, após o parto, foi ignorado ou não realizado procedimento que reduz a qualidade da assistência prestada à população.

Tais achados podem inferir que a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal não foi satisfatória, haja vista que o número de mulheres que o realizaram manteve-se instável, e apenas no ano 2014 atingiu-se a totalidade das genitoras, porem destas, apenas 13 das 23 receberam o diagnostico ainda durante o pré-natal, contudo o ministério da saúde preconiza a prestação de assistência adequada a gestante no que se refere não só a quantidade, mas também a qualidade.

Afirmado os resultados da presente pesquisa Lima *et al.*, (2013) afirma em seu estudo que 84% das mulheres realizaram o pré-natal e 57% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação, entretanto houve alto índice de notificação no momento do parto ou curetagem. Contudo na pesquisa de Domingues *et al.*, (2013) verifica-se que a maioria

significativa das gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal e apresentaram número inadequado de consultas.

O Ministério da Saúde afirma que a medida de controle mais efetiva consiste na captação precoce da gestante para início do pré-natal prestando assistência de qualidade, concluindo no mínimo seis consultas durante a gestação, realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, ideal que seja solicitado na primeira consulta e no terceiro trimestre por volta da vigésima oitava semana de gravidez (BRASIL, 2006).

**Tabela 5:** Casos notificados de Sífilis Congênita do município de Imperatriz – MA entre 2011 e 2015, de acordo com o esquema de tratamento, setembro de 2016.

<b>Esquema de Tratamento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado/Branco</b>	0	0	2	20	3	25
<b>Adequado</b>	0	0	1	0	0	1
<b>Inadequado</b>	18	12	12	2	10	54
<b>Não realizado</b>	25	9	2	1	4	41
<b>Total</b>	43	21	17	23	17	121

**Fonte:** DATASUS, setembro de 2016.

Percebe-se que apesar da maioria mulheres terem realizado o pré-natal conforme vimos na tabela 4, tem-se alta prevalência das que não realizaram tratamento ou realizaram de forma inadequada, ou seja, não foi seguido o protocolo do MS, sendo que apenas uma mulher foi notificada garantindo que realizou o tratamento de forma adequada, no entanto o seu RN também evolui com SC, outro aspecto que chama a atenção é o total de notificações com a variável ignorado.

Segundo dados do boletim epidemiológico em relação à realização do tratamento das gestantes diagnosticadas ainda durante a gestação, no período de 1998 a 2014, constatou-se que 62,3% das mulheres realizaram o tratamento de forma inadequada, 13,4 não realizaram, 8,8% realizaram adequadamente, e 15,5 foram notificadas como ignorado (BRASIL, 2015a).

De acordo com o Ministério da Saúde é considerado tratamento inadequado para sífilis materna, aquele realizado com qualquer medicação que não seja a penicilina, tratamento incompleto mesmo sendo feito com penicilina, tratamento inadequado para fase clínica da doença ou ainda feito dentro dos 30 dias que antecedem o parto, ausência de queda dos títulos do teste não treponêmico, e parceiro não tratado ou inadequadamente tratado ou se não houver informações sobre seu tratamento (BRASIL, 2009).

Conforme estudo realizado por Teixeira *et al.*, (2015) Quanto ao esquema de tratamento para sífilis materna, demonstrou que (21%) das gestantes realizaram

tratamento adequado, (36%) inadequado, (15%) não realizaram e (28%) foram registrados como ignorado, corroborando com os achados da presente pesquisa, inclusive evidência altos índices de ignorados, fato que denuncia falhas no registro das informações ou no preenchimento da ficha de notificação de casos de SC.

**Tabela 6:** Casos notificados de Sífilis Congênita do município de Imperatriz – MA entre 2011 e 2015, de acordo com o gênero, faixa etária e evolução dos RN, setembro de 2016.

<b>Sexo</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado</b>	0	0	0	0	4	<b>4</b>
<b>Masculino</b>	27	11	10	13	4	<b>65</b>
<b>Feminino</b>	16	10	7	10	9	<b>52</b>
<b>Total</b>	43	21	17	23	17	<b>121</b>

  

<b>Faixa Etária</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>&lt;1 Ano</b>	43	21	17	23	17	<b>121</b>
<b>Total</b>	43	21	17	23	17	<b>121</b>

  

<b>Evolução</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado/Branco</b>	0	0	0	0	7	<b>7</b>
<b>Vivo</b>	43	20	17	23	9	<b>112</b>
<b>Óbito Por Outra Causa</b>	0	1	0	0	1	<b>2</b>
<b>Total</b>	43	21	17	23	17	<b>121</b>

Fonte: DATASUS, setembro de 2016.

Conforme a tabela 6 não foi possível identificar diferenças importantes com relação ao sexo dos RN notificados com SC, sendo que dos percentuais dos casos, 65 eram do sexo masculino e 52 do sexo feminino, contudo dos 121 notificados entre 2011 e 2015 (100%) tinham menos de 1 ano de vida. Essa tendência manteve-se ao longo do período, quanto à evolução do caso, 112 evoluíram com a criança viva, 2 morreram por outra causa e não por SC e 7 desses casos notificados foram descritos como ignorado.

Verifica-se que segundo a evolução obteve-se a prevalência dos nascidos vivos classificados como sífilis congênita recente, pois possuíam até um ano de idade até o momento do diagnóstico, contudo, sabe-se que seu avanço provoca consequências física, mental ou óbito do neonato, fato que reforça a importância do tratamento em tempo hábil.

Segundo estudos realizado por Oliveira e Santos (2015) sobre o Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, verifica-se 1594 casos notificados de SC no período de 2010 a 2013, destes 94,7% dos RN tinham até 6 dias de vida, 3,3% tinham de 7-27 dias e 2,1% tinham entre 28 dias e <1. Quanto à evolução (79,9%) eram nascidos vivos, (3,9%) óbitos pelo agravo notificado, (0,8%) óbitos por outra causa e 15,4% ignorados.



Ao contrário dos dados obtidos no SINAN e pelo autor supracitado no que se refere a variável sexo das crianças menores de um ano diagnosticadas com SC, Teixeira et al., (2015) observou em sua pesquisa o predomínio do sexo feminino (64%) em relação ao masculino (23%) e Mesquita *et al.*, (2012) constatou que das nove crianças notificadas oito era do sexo feminino. Quanto à evolução, todas as crianças evoluíram satisfatoriamente após o tratamento, não havendo a ocorrência de óbitos.

Portanto em relação à literatura pesquisada percebe-se que as variáveis relativas ao sexo do RN não influenciam o aparecimento ou agravamento da doença, visto que não há grande diferença de acometidos do sexo masculino ou feminino, por outro lado a evolução pode ser modificada diante de diagnóstico e assistência imediata e efetiva, pois apesar da maioria evoluir com a criança viva, sabe-se que a SC pode levar a desfechos negativos.

**Tabela 7:** Casos notificados de Sífilis Congênita do município de Imperatriz - MA entre 2011 e 2015, de acordo com o tratamento do parceiro, setembro de 2016.

<b>Tratamento do parceiro</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
<b>Ignorado/Branco</b>	0	11	14	21	7	<b>53</b>
<b>Sim</b>	4	2	1	1	0	<b>8</b>
<b>Não</b>	39	8	2	1	10	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>121</b>

Fonte: DATASUS, setembro de 2016.

Conforme a tabela 7 apenas 8 parceiros foram tratados, porém o número de casos ignorados mostra-se elevado totalizando 53, o resultado foi semelhante ao estudo realizado por Oliveira e Santos (2015) que identificou que do total de notificações apenas 153 casos (9,6%) foram tratados, o número de casos ignorados/em branco é desmedido, com 600 (37,6%), e 841 (52,8%) não realizaram tratamento.

Contudo o grande número de parceiros que não realizam tratamento ou que o fazem inadequadamente torna ineficiente o controle da sífilis na gestação. Isso possibilita reinfecção e transmissão vertical, mostrando que há dificuldades de resolubilidade da atenção primária de saúde. É de suma importância a realização do tratamento das gestantes, bem como de seu parceiro sexual, para que sejam evitadas as consequências.

O enfermeiro tem importante papel no tocante a prevenção e tratamento da sífilis, sendo necessária a realização de busca ativa, conduta primordial para abordagem ao(s) parceiro das gestantes infectadas, faz se necessário estender a assistência ao pré-natal com a participação do parceiro, utilizando sempre de habilidades no que se refere a educação

em saúde, esclarecendo a importância do tratamento conjunto, da possibilidade de reinfeção, e as consequências para o conceito se o tratamento não for realizado de forma adequada.

Vale ressaltar a importância das anotações e notificações de forma adequada, visto que nota-se a quantidade de parceiros cuja informação foi ignorado/branco. Tal achado nos remete a supor que os profissionais encontram dificuldade no preenchimento da ficha de notificação, contudo estas anotações constituem meio de controle de doenças, pois a partir dos dados obtidos podem ser elaboradas estratégias.

Faz-se necessário relacionar, que os achados da pesquisa nos mostram mulheres que podem sofrer grandes influências do parceiro, a maioria com baixa escolaridade, dona de casa, o que permite inferir sobre a dificuldade enfrentada ao relatar ao parceiro sobre a doença, e obstáculo quando este se nega a realizar o tratamento, analisando que residimos num país cuja cultura machista ainda é predominante.

A informação exposta pode ser reforçada pelo estudo realizado por Oliveira; Lopes, (2008) afirmando que no Brasil, é pequeno o número de parceiros de gestantes com sífilis que comparecem aos serviços para realizar o tratamento. Isto se deve ao fato de que grande parte da sociedade é preconceituosa e machista, na qual tanto a gravidez e a criação dos filhos são de responsabilidade exclusiva das mulheres. Por isso, torna-se necessário uma atitude mais firme dos gestores e trabalhadores de saúde para captação destes parceiros, bem como a extensão da assistência do pré-natal para estes, como estratégia no combate à transmissão vertical, sugerindo, inclusive, que o mesmo faça de rotina os seguintes testes: VDRL, Hepatite B e C e sorologia HIV.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados foi possível constatar que a faixa etária com maior predominância de sífilis congênita são mulheres jovens com a vida sexualmente ativa em plena fase reprodutiva seguida pelas adolescentes e da raça parda. Quanto à escolaridade, são mais frequentes as genitoras que frequentaram da 5ª à 8ª série do ensino fundamental, mas não completaram, e que tinha como ocupação dona de casa, portanto infere-se que a baixa escolaridade e baixa renda são fatores que contribuem para situação de vulnerabilidade causando aumento de SC nesta população.

Observou-se a partir dos dados epidemiológicos que nos anos de 2011 e 2014 o município pesquisado apresentou seus maiores índices de casos notificados de sífilis

congenita, sendo que a maior taxa de incidência ocorreu em 2011 foi de 8,6 por 1000 NV e a menor incidência 3,5 por 1000 NV, contudo ambas não se encontram dentro da meta estimada pelo MS que é de 1 para 1000 NV.

A maioria das mulheres realizaram o pré-natal, e foram diagnosticadas com sífilis através dos exames realizados nestas consultas, porem o tratamento foi realizado de forma inadequada o que resultou na transmissão vertical da doença sabe-se que o pré-natal é a principal ferramenta para eliminação da SC a partir do diagnóstico e tratamento precoce, o que evitaria danos para o RN.

O perfil dos RN na população estudada era na maioria do sexo masculino, com menos de 1 ano de vida, e que evoluíram vivos, no entanto o sexo dos RN não exerce influência no aparecimento e agravamento da doença, no entanto a faixa etária em que se realiza diagnóstico e a evolução da SC dependem de assistência qualificada evitando sequelas ou até mesmo óbito.

Em relação ao tratamento dos parceiros tem destaque os que não realizaram tratamento, o que torna ineficiente o controle da SC, causando reinfecção, sabe-se que os homens tem dificuldade de procurar assistência, pois muitos têm cultura machista.

Diante do exposto o enfermeiro tem papel importante no controle da sífilis, principalmente quando atua nas UBS, faz-se necessário a captação precoce e realização adequada do pré-natal através da solicitação e interpretação correta dos exames, busca ativa dos faltosos e dos parceiros para realizar tratamento, realização de educação em saúde com a população em geral.

Por outro lado, nos casos em que a assistência primária, não realizar o diagnóstico ou tratamento da sífilis, cabe aos profissionais da assistência hospitalar realiza-los, para evitar aparecimento dos sintomas da SC e mesmo sequela. Analisando que esta patologia já deveria estar erradicada pois apresenta diagnóstico e tratamento de fácil acesso, faz-se necessário a criação de novas estratégias que englobem a comunicação efetiva sobre as suas formas de erradicação.

Dessa forma há necessidade de capacitação das equipes para manejo da SC principalmente das UBS que são consideradas porta de entrada para o usuário, visando atendimento humanizado e qualificado, possibilitando aproximação entre os profissionais e usuários.

Diante do exposto este estudo mostra que conhecer a magnitude da SC, possibilita analisar onde estão ocorrendo as falhas, os fatores que influenciam o seu aparecimento, e

diante destas informações criar ações direcionadas que possibilitem conter ou eliminar esta doença.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Waneska Alexandra, *et al.*, Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Revist. Portal: Saúde e Sociedade**. Maceió, 2016, vol1 n.1 p 27-41.

ARAÚJO, Cintia Lociks de *et al.*, Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, vol. 46 n.3, p.479-486, jan 2012.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Guiliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **an brasileira dermatologia**, Rio de Janeiro, vol. 81, n. 2, p.111-126, Mar. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, (DF), 1990

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conitec, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**, Ministério da Saúde, Abril de 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 100 p. 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco na APS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 318 p. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** Brasília : Ministério da Saúde, 2015c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso**. –8. ed. rev. – Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** /Ministério da Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico 2015**, Ministério da Saúde, Ano IV- n° 1, 2015a.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico 2012**, Ano I- n° 1, 2012a.

CAVALCANTE, Ana Eglene *et.al.* Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, vol. 24 n. 4: p 239-245, 2012.

CHUFALO, José Eduardo; ESPINDOLA, Larrisa neto; MACIEL, Ana Carolina Guerra; Sífilis congênita. **Femina**, vol. 34 n.10. outubro 2006.

COSTA, Camila Chaves da *et al.* **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et. al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré- natal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, Fev. 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antônio *et al.*, Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/ II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, Vol. 40, n.2, p. 181-187, mar-abr, 2007.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. **A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

LIMA, Marina Guimaraes *et al.*, Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n.2 p. 499-506, fev. 2013.

MESQUITA, Karina O. *et al.*, Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2012; vol.24 n.(1): p.20-27.

OLIVEIRA, Jamile Sousa de, SANTOS, Jessica Vasconcelos. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia no período de 2010 a 2013. **Revista eletrônica atualizada saúde**. Salvador v.2, n.2, jul/dez. 2015.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; LOPES, Luiz Antônio Bueno. Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestantes e da Sífilis Congênita no DF. **Boletim especial: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES- DF**, v. 1, n. 1, out. 2008.

ROMANELLI, Roberta Melo de Castro *et. al.* Abordagem neonatal nas infecções congênitas — toxoplasmose e sífilis. **Revista Médicas de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.24, n.2, 2014

SARACENI, Valéria *et al.*, Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p 103-111, Jun, 2007.

SOUZA, Natalia Molero Bezerra. **Sífilis Congênita**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Hemoterapia Geral do Programa de Aprimoramento Profissional/SESFundap/FAMEMA). Faculdade de Medicina de Marília. Marília. 2014. 24 p.

TAYRA, Ângela *et al.*, Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 2007; 19(3-4): p.111-119.

TEIXEIRA, Marizete Argolo, *et al.*, Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita. **Revista saúde.com** 2015; vol. 11 n. 4 p. 371-381.

XIMENES, Izabel Patrícia Ernesto *et al.*, Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza vol.9, n.3, p.74-80 julho-setembro, 2008.