

Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle

Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control

Kátia Regina Gandra Lafetá¹, Hercílio Martelli Júnior¹,
Marise Fagundes Silveira¹, Livia Máris Ribeiro Paranaíba¹

RESUMO: *Objetivo:* Identificar e descrever casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados em uma cidade brasileira de médio porte. *Métodos:* Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo que avaliou 214 prontuários de gestantes e recém-nascidos (RNs). Iniciou-se com identificação das fichas de notificação epidemiológica, seguida de busca ativa nas maternidades, avaliando-se todos os prontuários que apresentavam sorologia não treponêmica positiva e prontuários do serviço de referência em infectologia, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período de 2007 a 2013. As definições de casos seguiram as recomendações do Ministério da Saúde (MS) no Brasil e as variáveis foram descritas utilizando-se frequências absoluta e relativa. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Universidade Estadual de Montes Claros). *Resultados:* De 214 prontuários avaliados, foram identificados 93 casos de sífilis materna e 54 casos de sífilis congênita. As gestantes analisadas foram, predominantemente, de cor parda, apresentando ensino médio/ superior, com faixa etária entre 21 e 30 anos e estado civil solteira. Considerando acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis, observou-se predomínio do diagnóstico tardio, após o parto ou a curetagem; a totalidade dos respectivos tratamentos foi considerada inadequada, segundo o MS. Dos RNs de gestantes com sífilis, a maioria não foi referenciada para acompanhamento pediátrico. Apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes foram notificados; em relação à forma congênita, esse valor foi de 24,1%. *Conclusão:* Persistindo a transmissão vertical, verificam-se sinais de que a qualidade da atenção pré-natal e neonatal deve ser reestruturada.

Palavras-chave: Gravidez. Sífilis. Sífilis congênita. Cuidado pré-natal. Saúde pública. *Treponema pallidum*.

¹Universidade Estadual de Montes Claros – Montes Claros (MG), Brasil.

Autor correspondente: Livia Máris Ribeiro Paranaíba. Avenida Cula Mangabeira, 562, sala 6, Santo Expedito, Hospital Universitário Clemente Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, CEP: 39401-001, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: liviaparanaiba@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To identify and to describe cases of congenital and maternal syphilis reported and not reported in a Brazilian medium-sized city. *Methods:* This is a descriptive and retrospective study, which evaluated 214 medical records of pregnant women and newborns. It began with the identification of epidemiological notification records, followed by active search in maternity evaluating all records that did show positive nontreponemal serology and records of the reference service in infectious diseases in Montes Claros, Minas Gerais, from 2007 to 2013. The case definitions followed the Ministry of Health recommendations in Brazil and the variables were described using absolute and relative frequencies. This study was approved by the Ethics in Research Committee (University State of Montes Claros). *Results:* Of the 214 medical records, we identified 93 cases of maternal syphilis and 54 cases of congenital. The women studied were predominantly mulatto, with Secondary / Higher, aged between 21 and 30 years and single marital status. Considering the prenatal care of pregnant women with syphilis, it was observed predominance of late diagnosis, after parturition or curettage, and all of their treatments were considered inadequate according the Ministry of Health. The newborns of pregnant women with syphilis, most were not referenced for pediatric follow-up. Only 6.5% of syphilis in pregnant women was notified, and in congenital syphilis, 24.1%. *Conclusion:* Persisting vertical transmission, there are signs that the quality of prenatal and neonatal care should be restructured.

Keywords: Pregnancy. Syphilis. Congenital syphilis. Prenatal care. Public health. *Treponema pallidum*.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical^{1,2}. Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a congênita de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria n° 542/1986, e a gestante, desde 2005^{2,3}. A forma adquirida da sífilis subdivide-se em precoce e tardia, dependendo do tempo de infecção e do grau de infectividade. A sífilis congênita apresenta-se de forma variável, desde assintomática, em 70% dos casos, até formas mais graves^{1,4,5}.

No mundo, observa-se que a sífilis é uma infecção reemergente, como verificado na Itália e nos Estados Unidos da América, chamando a atenção para a necessidade de rastreamento para todas as gestantes durante o pré-natal e tratamento em tempo hábil, com o objetivo de conter a infecção congênita^{6,7}. Na América Latina, na África e em países da Ásia permanece elevada sua incidência e seu controle tem como foco a assistência pré-natal^{8,9}.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), ao ano, 50 mil parturientes têm o diagnóstico de sífilis, com prevalência variando de 1,1 a 11,5%, em função da assistência pré-natal e do grau de instrução materna. O resultado é que, ao ano, aproximadamente 12 mil nascidos vivos têm sífilis congênita no Brasil^{1,10}. O controle da sífilis no Brasil faz parte das metas do Pacto pela Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) projeta a eliminação da sífilis congênita até 2015². Mesmo com essa projeção, em várias regiões do Brasil identificam-se estudos que verificam as dificuldades no controle dessa infecção. No Ceará, a dificuldade no tratamento do parceiro culmina com tratamento inadequado¹¹. Em Belo Horizonte e Belém do Pará, fica evidente o predomínio de jovens com pré-natal ausente ou incompleto^{12,13}.

Tais indicadores sugerem a baixa qualidade do pré-natal no país e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença^{11,12,14-18}. Estudo realizado entre profissionais de saúde na cidade do Rio de Janeiro indica falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos nacionais de controle da sífilis, além de dificuldade de abordagem de doenças sexualmente transmissíveis (DST), configurando a necessidade de educação continuada para melhoria da assistência¹⁹.

Deve-se lembrar de que a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma população^{20,21}, garantindo que todas as gestantes tenham acesso adequado ao pré-natal^{20,22,23}. O tratamento adequado da gestante infectada é o melhor método de prevenção da sífilis congênita^{1,2,4,24-26}.

A sífilis, nas formas congênita e na gestante, é de notificação compulsória, sendo obrigatória sua realização por profissionais de saúde, sendo que sua inobservância confere infração à legislação de saúde. Mas, mesmo assim, a subnotificação é frequente, como verificado em estudos realizados em Palmas (TO) e no Estado de São Paulo, em que por meio da busca ativa verificou-se o triplo de casos identificados, em comparação com os notificados^{5,27,28}.

Considerando o impacto da sífilis congênita na assistência em saúde pública e a necessidade de seu controle, este estudo investigou os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, a fim de identificar pontos vulneráveis da assistência obstétrica e neonatal.

MÉTODO

Este estudo epidemiológico retrospectivo e descritivo investigou os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013. O município é referência macrorregional de saúde no Estado, abrangendo um total de 361.915 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010), prestando assistência materno-infantil por meio de três maternidades públicas, sendo duas delas de alto risco e uma de risco habitual. Para inclusão no estudo, foram considerados casos de sífilis na gestante e congênita, segundo as recomendações do MS².

Sífilis na gestante: se houver evidência clínica da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente (com qualquer titulação), mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal, no momento do parto ou na curetagem. Sífilis congênita:

1. toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
2. menores de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, desde que afastadas as possibilidades de manutenção de anticorpos maternos e de sífilis adquirida;
3. menores de 13 anos com sorologia não treponêmica reagente para sífilis e evidência clínica, radiológica ou líquórica para sífilis congênita; ou
4. evidência microbiológica da presença do *T. pallidum* na placenta, no cordão umbilical ou no tecido da criança, produto de aborto ou natimorto².

As fichas de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) totalizaram em 6 casos de sífilis em gestantes e 13 da forma congênita. Suspeitando-se da subnotificação, partiu-se para busca ativa nas três maternidades públicas de Montes Claros (MG), por meio de sorologias não treponêmicas positivas de todos os pacientes internados e posterior busca no serviço de infectologia pediátrica, nesse mesmo período. Foram identificados 214 prontuários com diagnóstico de sífilis, e, a partir dos critérios de exclusão, foram contabilizados 93 casos em gestantes e 54 casos em neonatos. Destaca-se que as notificações de gestantes não foram coincidentes com as de recém-nascidos (RNs), e, ainda, que do total citado de casos, estão incluídos os notificados.

Foram excluídos adultos do gênero masculino, mulheres fora do ciclo gravídico puerperal, residentes em outros municípios e casos coincidentes (casos repetidos atendidos em locais diferentes), gestante ou RN notificados e atendidos nesses hospitais.

A descrição das variáveis foi realizada utilizando-se as frequências absoluta e relativa. As variáveis analisadas foram: número de consultas, escolaridade, tratamento da gestante, estado civil, faixa etária, início do pré-natal e idade gestacional do diagnóstico. Para investigar a associação entre as características maternas e a infecção congênita dos RNs, foram utilizados os testes de χ^2 e de Fisher, assumindo um nível de significância de 5%. Para essa análise, as variáveis foram dicotomizadas, sendo: número de consultas (6 ou mais, menos de 6/não realizado), escolaridade (analfabeto/ensino fundamental, ensino médio/superior), tratamento da gestante (sim/incompleto, não realizado), estado civil (casada/união estável, solteira), faixa etária (menor que 20 anos, 20 anos ou mais), início do pré-natal (1º trimestre, tardio/não realizado), idade gestacional do diagnóstico (1º trimestre, tardio/não realizado). Os dados coletados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS®, versão 19.0, para Windows.

O estudo foi autorizado pelas instituições participantes e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES, com parecer n° 226-740.

RESULTADOS

Considerando as gestantes, observou-se que a maior parte delas (44,1%) possuía escolaridade de ensino médio incompleto até ensino superior completo. Com relação à cor de pele, 63,4% se autorreferiram como pardas. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos (50,5%), e o estado civil, solteiro (53,8%) (Tabela 1); salientando-se que todos os casos notificados foram encontrados nas demais fontes de informação.

De acordo com características da assistência pré-natal analisadas (Tabela 2), observou-se que 43% das gestantes com diagnóstico de sífilis realizaram o número mínimo de 6 consultas; aproximadamente metade dos casos (48,4%) conseguiu iniciar o acompanhamento ainda no 1º trimestre de gestação. Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico tardio no momento do parto ou da curetagem (62,4%) e, ainda, nenhum caso foi considerado adequadamente tratado segundo as recomendações do MS. Das gestantes, 33,3% não receberam nenhum tratamento, e a totalidade foi considerada inadequadamente tratada, principalmente devido ao não tratamento do parceiro (98%); observando-se nesta amostra um aumento gradual no número de casos tanto entre gestantes quanto entre RNs ao longo dos anos analisados.

Considerando as características dos RNs, nas gestantes com VDRL positivo, 25,8% dos RNs não foram testados para VDRL, 27,9% dos resultados foram positivos, 23,7%, negativos, e 16,1% evoluíram para abortamento ou natimortos; ainda, em 6,5% dos casos não havia informação sobre o exame realizado. Com relação aos demais exames complementares para investigação (hemograma, radiografia de ossos longos e exame de líquido), em 45,2% dos casos nenhum desses exames foi realizado (Tabela 3).

Em relação às características dos 54 RNs considerados com sífilis congênita, apenas 51,8% desses foram medicados conforme orientação. Da amostra, 88,9% foram assintomáticos, a maioria (88,8%) não apresentava coinfeção e mantinha peso adequado para a idade gestacional – AIG (77,8%). Com relação ao serviço de referência pediátrico, 79,6% deles não foram sequer referenciados (Tabela 4). Nenhum caso de coinfeção com HIV / AIDS foi registrado.

A Tabela 5 mostra a associação de infecção congênita e as variáveis maternas. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis avaliadas e a

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes com sífilis no município de Montes Claros (MG), de 2007 a 2013.

Característica	n	%
Escolaridade		
Analfabeto/ensino fundamental	37	39,8
Ensino médio/superior	41	44,1
Não informado	15	16,1
Cor da pele		
Branca	15	16,1
Parda	59	63,4
Amarela	1	1,1
Preta	7	7,5
Não informado	11	11,9
Faixa etária (anos)		
11 a 20	17	18,3
21 a 30	47	50,5
> 30	29	31,2
Estado civil		
Casada/união estável	35	37,6
Solteira	50	53,8
Não informado	8	8,6
Total	93	100,0

Tabela 2. Características do acompanhamento pré-natal de gestantes com sífilis. Montes Claros (MG), de 2007 a 2013.

Característica	n	%
Número de consultas		
≥ 6	40	43,0
< 6	28	30,1
Não realizou	20	21,5
Não informado	5	5,4
Início do pré-natal		
1° trimestre	45	48,4
2°/3° trimestres	24	25,8
Não realizado	20	21,5
Não informado	4	4,3
Idade gestacional do diagnóstico		
1° trimestre	10	10,7
2°/3° trimestres	21	22,6
Após o parto/curetagem	58	62,4
Não informado	4	4,3
Tratamento da gestante		
Sim, inadequado/incompleto	62	66,7
Não	31	33,3
Total	93	100,0

Tabela 3. Exames complementares realizados nos recém-nascidos de gestantes com sífilis. Montes Claros (MG), de 2007 a 2013.

Exames	n	%
Teste não treponêmico (VDRL)		
Positivo	26	27,9
Negativo	22	23,7
Não realizado	24	25,8
Não se aplica (aborto, natimorto)	15	16,1
Não informado	6	6,5
Raio-X de ossos longos, punção líquórica, hemograma		
Pelo menos um deles positivo	4	4,3
Todos com resultado negativo	26	27,9
Nenhum realizado	42	45,2
Não se aplica (aborto, natimorto)	15	16,1
Não informado	6	6,5
Total	93	100,0

diminuição da infecção congênita. Mesmo assim, pode-se observar que entre o grupo de RNs infectados existem mais gestantes que não realizaram tratamento (35,2%) e a maioria possui diagnóstico tardio (92,6%), enquanto entre os não infectados 19,0% não realizaram tratamento algum e 77,8% apresentaram diagnóstico tardio, não havendo diferenças entre notificados e não notificados.

Tabela 4. Características gerais dos recém-nascidos com sífilis congênita. Montes Claros (MG), de 2007 a 2013.

Característica	n	%
Tratamento		
Sim	28	51,8
Não	23	42,6
Não informado	3	5,6
Exame físico alterado		
Sim	4	7,4
Não	48	88,9
Não informado	2	3,7
Coinfecções		
Sim	3	5,6
Não	48	88,8
Não informado	3	5,6
Peso ao nascer		
AIG	42	77,8
PIG	7	12,9
GIG	4	7,4
Não informado	1	1,9
Seguimento ambulatorial pediátrico		
Compareceu na 1° consulta	4	7,4
Retornou para 2° consulta	1	1,9
Não referenciado	43	79,6
Referenciado, mas não compareceu	6	11,1
Total	54	100,0

AIG: adequado para a idade gestacional; PIG: pequeno para idade gestacional; GIG: grande para idade gestacional.

DISCUSSÃO

A meta de eliminação da sífilis congênita até 2015, proposta pela OMS, e de controle, estabelecida pelo MS do Brasil, está longe de ser alcançada, sendo a subnotificação um dos maiores entraves dessa realidade^{5,11}. Neste estudo, apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes e 24,1% dos casos na forma congênita foram notificados, refletindo a fragilidade do sistema de saúde pública nacional.

Tabela 5. Comparações das características maternas entre recém-nascidos com e sem infecção congênita. Montes Claros (MG), de 2007 a 2013.

Característica	Infetados	Não infetados	Valor p*
	n (%)	n (%)	
Número de consultas pré-natal			
≥ 6	27 (50,9)	13 (65,0)	0,282
< 6/não realizada	26 (49,1)	7 (35,0)	
Escolaridade			
Analfabeto/ensino fundamental	27 (51,9)	12 (63,2)	0,400
Ensino médio/superior	25 (48,1)	7 (36,8)	
Tratamento da gestante			
Sim/incompleto ou inadequado	35 (64,8)	17 (81,0)	0,174
Não	19 (35,2)	4 (19,0)	
Estado civil			
Casada/união estável	21 (40,4)	10 (52,6)	0,357
Solteira	31 (59,6)	9 (47,4)	
Faixa etária (anos)			
< 20	6 (11,1)	1 (4,8)	0,396
≥ 20	48 (88,9)	20 (95,2)	
Início do pré-natal			
1º trimestre	30 (56,5)	13 (68,4)	0,368
Tardio ou não realizado	23 (43,5)	6 (31,6)	
IG do diagnóstico			
1º trimestre	4 (7,4)	4 (22,2)	0,083
Tardio/maternidade	50 (92,6)	14 (77,8)	
Total	54 (100,0)	21 (100,0)	

*Teste do χ^2 ou teste de Fisher; IG: idade gestacional.

A sífilis em gestantes e congênita permanece como doença a ser prevenida e controlada; no entanto, dificilmente consegue-se estabelecer um grupo de risco para a doença. Alguns estudos descrevem características mais comuns nessa população, como predomínio da cor negra e parda, escolaridade inferior a 8 anos, idade de 20 a 29 anos, início da atividade sexual precoce e estado civil solteiro^{12,14,17,18,29}. Guinsburg e Santos¹⁶ referiram-se ao baixo nível socioeconômico, ao uso de drogas e ao abandono da escola como fatores associados, enquanto Almeida et al.³⁰ verificaram um novo perfil de mulheres infectadas, com maior escolaridade (mais que oito anos de ensino), casadas e relatando apenas um parceiro sexual. Neste trabalho observou-se, diferentemente de alguns estudos brasileiros, predomínio de mulheres com escolaridade superior a 8 anos; ainda, verificou-se maioria parda, com idade de 21 a 30 anos e solteira. Os dados do presente estudo corroboram a favor de que a sífilis, assim como outras DST, não afeta apenas um grupo de risco específico, devendo ser fundamental a prevenção para a população em geral³¹.

A dificuldade de prevenção da transmissão vertical permanece no entrave do diagnóstico e do tratamento precoce e adequado. Segundo Araújo et al.¹⁴, a maioria das gestantes realizou pré-natal, mas, mesmo assim, em 38% delas somente foi possível o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou da curetagem. De acordo com Rodrigues e Guimarães¹², até 40% evoluem para essa perda. Alguns estudos também demonstraram esses resultados, com a realização do pré-natal conforme preconizado, mas, com a não realização dos exames de rastreamento, evidenciando a dificuldade do diagnóstico e tratamento^{11,15,16,18,22,32}. No presente estudo foi possível evidenciar que a maioria das gestantes fez o mínimo recomendado de seis consultas de pré-natal, com início no primeiro trimestre, mas ainda persistindo o diagnóstico tardio.

Neste estudo nenhum caso concomitante com HIV / AIDS foi verificado, porém, segundo Sanz, em casuística estudada no Pará a coinfeção é presente e crescente, sendo maior entre jovens, de baixa escolaridade, com parceiro sexual único e sem uso de preservativos¹³.

Considera-se tratamento adequado da gestante quando este é realizado com penicilina, tenha sido concluído 30 dias antes do parto, utilizando dose da medicação conforme estágio da doença e o parceiro sexual seja devidamente medicado concomitantemente¹. O tratamento inadequado é extremamente comum, como verificado neste trabalho e por vários estudos anteriores^{11,15,16,18}, e sua principal causa é observada em relação ao tratamento dos parceiros das gestantes. Estudo realizado por Campos et al.³³ investigou o motivo do não tratamento dos parceiros e verificou que eles são informados da doença e simplesmente não realizam o tratamento, questionando-se a questão cultural do adoecer no homem. Neste trabalho apenas um parceiro foi orientado quanto ao tratamento conforme registro no prontuário, mas nenhuma gestante foi considerada adequadamente tratada, visto que, para isso, deveria haver informação disponível sobre o tratamento destes parceiros².

Todos os RNs de gestantes com sífilis devem ser investigados para sífilis congênita. Em casos de gestantes adequadamente tratadas realiza-se apenas o teste não treponêmico (VDRL) no RN; sendo este negativo, acompanha-se o neonato, mas na impossibilidade de seguimento realiza-se tratamento com dose única de penicilina G benzatina. Nos demais casos deve-se realizar investigação com VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos e exame do líquido, sendo o tratamento de acordo com os resultados desses exames. O seguimento pediátrico deve ser

realizado com consultas mensais até o sexto mês de vida e, em seguida, a cada dois meses até o primeiro ano, VDRL trimestral, acompanhamento especializado (oftalmológico, neurológico e audiológico a cada seis meses) e exame de líquido a cada seis meses, até normalização¹.

Segundo Magalhães et al.³², em avaliação realizada no Distrito Federal, aproximadamente metade dos RNs realizou a radiografia de ossos longos e o exame de líquido, sendo que a totalidade das mães foi considerada inadequadamente tratada. Neste trabalho também foi verificado que dos RNs de gestantes com sífilis, 25,8% dos casos não foram realizados VDRL e em quase metade nenhum dos outros exames foi feito. Dos RNs investigados, a maioria não recebeu tratamento e era assintomática, sendo que 16,1% evoluíram para natimorto ou abortamento, corroborando outros estudos^{4,5,7}.

Somente por meio de um esforço unificado, com assistência pré-natal de qualidade, exames laboratoriais em tempo hábil, tratamento do casal e conscientização de todos envolvidos, será possível alcançar o objetivo almejado de controle dessa infecção^{6,19,31,34-37}. Devendo-se utilizar da Estratégia Saúde da Família como forma de aproximação da população, conhecendo que é uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde, e dos agentes comunitários de saúde para busca ativa às gestantes, assim investindo na educação continuada³⁸. Apenas quando isso se tornar realidade estaremos começando a cumprir as resoluções de 1948 da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS e, de fato, melhorando a saúde das mulheres e das crianças. O tratamento adequado da sífilis na gestação é a única maneira de impedir a transmissão vertical e, por consequência, a infecção congênita³⁹.

Devem-se salientar algumas limitações vigentes neste estudo, como a utilização de dados secundários, a qualidade do preenchimento dos prontuários e a utilização de diferentes fontes de pesquisa, que dificultam a coleta de todas as informações.

CONCLUSÃO

A realidade da sífilis materna e congênita na cidade de Montes Claros (MG) está longe da ideal, em que se busca o controle da doença. Os resultados evidenciam a subnotificação, um crescente no número de casos em gestantes e a persistência da transmissão vertical, sinalizando, assim, para a ausência de uma política de controle da sífilis no município.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 52 p. (Série Manuais n° 62).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 448 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Brasil. Portaria n° 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986; Seção 1, p. 19827.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 190 p.
5. São Paulo. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de DST/Aids- SP. Informe Técnico Institucional. Secretaria de Estado de Saúde-SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 768-72.
6. Tridapalli E, Capretti MG, Reggiani ML, Stronati M, Faldella G. Italian Neonatal Task Force of Congenital Syphilis for The Italian Society of Neonatology-Collaborative Group. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012; 97(3): 211-3.
7. Mattei PL, Beachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. Syphilis: a reemerging infection. *Am Fam Physician* 2012; 86(5): 433-40.
8. Valdemar J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(3): 211-7.
9. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 410-6.
10. De Lorenzi DRS, Fiaminghi LC, Artico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina* 2009; 37(2): 83-90.
11. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(9): 1747-55.
12. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(3): 168-75.
13. Sanz SM, Guinsburg R. Prevalência de soropositividade para sífilis e HIV em gestantes de um Hospital Referência Materno Infantil do Estado do Pará. *Rev Para Med* 2008; 22(3): 1-11.
14. Araújo CL, Shimmizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(3): 479-86.
15. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(3): 165-73.
16. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010. (Documento Científico).
17. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1244-50.
18. Lima MG, Ribeiro GS, Santos RFR, Barbosa GJA. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(2): 499-506.
19. Domingues RM, Saraceni V, Hartz ZM, Leal MdoC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1): 147-56.
20. Pires ON, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-área verde. *J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(3-4): 162-5.
21. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23(10): 647-52.
22. Araújo MAL, Freitas SCR, Moura HJ, Gondin APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brasil. *BMC Public Health* 2013; 13: 206.
23. Caddy SC, Lee BE, Sutherland K. Pregnancy and neonatal outcomes of women with reactive syphilis serology in Alberta, 2002 to 2006. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33(5): 453-9.
24. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3): 490-6.
25. Haroon S, Sithembiso V, Yasmin G, Nike A, Richard S, Omella L. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 424-30.
26. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNGA, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev Para Med* 2006; 20(1): 47-51.
27. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Scientia Médica* 2007; 17(4): 205-11.
28. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Referência DST/AIDS. A vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS* 2004; 6: 2-19.
29. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C, et al. Maternal and congenital syphilis four provinces in Bolivia. *Salud Publica Mex* 2007; 49(6): 422-8.
30. Almeida KC, Lindolfo LC, Alcântara KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. *RBCA* 2009; 41(3): 1814.

31. Patel SJ, Klinger EJ, O'Toole D, Schillinger. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. *Obstet Gynecol* 2012; 120(4): 882-8.
32. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(6): 1109-20.
33. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(9): 397-402.
34. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e a sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun Ciênc Saúde* 2011; 1(22): 43-54.
35. Conway JR. Recognizing and reducing the global burden of congenital syphilis: the time is now. *Sex Transm Dis* 2007; 34(7 Suppl): 2-4.
36. Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(7): 325-7.
37. Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. *Rev Bras de Epidemiol* 2012; 15(3): 478-87.
38. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1): 152-59.
39. De La Callen M, Cruceyra M, De Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J, et al. Syphilis and pregnancy: Study of 94 cases. *Med Clin* 2013; 141(4): 141-4.

Recebido em: 24/10/2014

Versão final apresentada em: 02/09/2015

Aprovado em: 15/09/2015