

SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA: ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM E A TERAPIA MEDICAMENTOSA.

SYPHILIS IN PREGNANT AND SYPHILIS CONGENITAL: NURSING GUIDELINES AND MEDICINAL THERAPY.

¹TOSTA, A. R. S.; ²OLIVEIRA, M. E. B.

^{1e2}Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

A sífilis na gestação tornou-se uma doença de notificação compulsória no ano de 2005, seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*. O objetivo é detectar e classificar a causa da sífilis em gestantes e sífilis congênita, de modo a relatar as consequências da doença, possíveis complicações para mãe e filho ou até mesmo malformações do feto, buscar soluções, medidas profiláticas e tratamento e orientações de enfermeiro, que visa contribuir de forma a cooperar para a vida da mãe e do bebê. A proposta é proporcionar noções sobre medidas epidemiológicas, diagnósticas e terapêuticas da sífilis, para evitar efeitos colaterais em recém-nascidos e que os profissionais devem atuar de forma a atender e orientar de maneira eficaz, a fim proporcionar suporte a gestante. O controle e possível erradicação da sífilis encontram-se na atenção básica, como papel da enfermagem orientar sobre a patologia e formas de prevenção. A realização da assistência pré-natal é de extrema importância para o tratamento da mãe e filho, para que não haja a contaminação do feto por meio de transmissão vertical. O tratamento é de fácil acesso e se encontra disponível na rede pública, se realizado de maneira correta as chances de sequelas são menores de forma a atingir a cura doença.

Palavras-chave: Atenção Básica. Mortalidade. Sífilis. *Treponema pallidum*. Prevenção.

ABSTRACT

Syphilis during the pregnancy became most compulsorily notifiable disease in the year 2005. Its etiologic agent is *Treponema Pallidum*. Its objectives are: to identify and classify the cause of syphilis in pregnant woman and congenital syphilis; to report the consequences of this disease, possible complication for the mother and the child and even about the mal-formation of fetus; to seek solutions, preventive measures and treatment; and to give guidance to the nurses which aims at giving the best assistance to the mother and child. The proposal is to provide notions about epidemiological, diagnostic and therapeutic measures to avoid side-effects on new born children; and that the professionals should act deliberately to attend and guide effectively in order to provide support to the pregnant woman. The control and possible eradication of syphilis is found in basic care: nurses explaining about the pathology and the possible ways of prevention; the correct realization of parental care, which is extremely important for the treatment of the child and the mother, which prevents contamination of fetus by means of vertical transmission. The treatment is easy to access and free of cost, if carried out correctly, the chances of consequences are reduced and help to reach the cure of illness.

Keywords: Basic Attention. Mortality. Syphilis. *Treponema pallidum*. Prevention.

INTRODUÇÃO

A notificação compulsória baseia-se em comunicar o caso ocorrido de fatos peculiares, que agregam surtos e casos, suspeitos ou confirmados e que ratifica em acumular as informações necessárias, para possivelmente avaliar e tomar as devidas condutas a fim de reduzir o número de ocorrências. A sífilis na gestação tornou-se uma doença de notificação compulsória no ano de 2005, seu agente

etiológico é o *Treponema pallidum* que foi descoberto por Paul Erich Hoffman e Fritz Richard Schaudinn no ano de 1905 e intitulado como *Spirochaeta pallida*. Por volta de 1940, considerou-se a possível supressão deste com a comercialização de penicilina, a qual o *Treponema pallidum* é susceptível.

Caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível e pode ser contraída por transmissão vertical, ou seja, situação que ocorre quando, a mãe infectada passa a doença para o bebê através da placenta, que leva o bebê a contrair sífilis congênita, por transfusão de sangue ou por contato direto com sangue contaminado.

A sífilis em gestante é uma doença que envolve um processo de investigação, o qual deve ser realizada na atenção primária, circunstâncias em que o diagnóstico da doença e o pré-natal se desenvolvem. Nesse caso, o cuidado no pré-natal deve atuar de forma a evitar a sífilis congênita.

No Brasil, predomina cerca de 1,6% de sífilis em gestantes, estima-se que 12 mil crianças nascem com sífilis congênita, notificações de casos feitos em 2004, 78,8% das gestantes realizaram pré-natal.

As condições de risco para adquirir sífilis estão relacionadas ao baixo nível socioeconômico, falta de escolaridade, múltiplos parceiros sexuais, uso de drogas, falta de assistência à saúde, por outras patologias transmitidas por via sexual e principalmente a não realização da assistência pré-natal, dentre outros.

As tentativas para erradicar a sífilis congênita ainda persistem em nosso país. Mesmo com o alto número de consultas registradas nos Cartões de Gestantes, a baixa qualidade do pré-natal e a falta de atualização e capacitação dos profissionais de saúde na gestão das DST, constantemente por omissão dos governos em investir no preparo de recursos humanos, são todos fatores a serem observados. Torna-se importante destacar a necessidade do compromisso de todos os profissionais envolvidos, quando o objetivo for à saúde da população.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo detectar e classificar a causa da sífilis em gestantes e sífilis congênita, de modo a relatar as consequências da doença, possíveis complicações para mãe e filho ou até mesmo malformações do feto, buscar soluções, medidas profiláticas e tratamento, orientações de enfermagem que visa contribuir de forma a cooperar para a vida da mãe e do bebê.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica, realizada por meio da apuração e análise de 34 artigos científicos e utilizados 16, com conteúdos voltados a temática proposta, averiguação e consulta ao SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

Os artigos aproveitados foram pesquisados em quatro bases de dados, GOOGLE Acadêmico®, SciELO – Scientific Electronic Library Online, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde e LILACS.

A pesquisa dos artigos foi realizada de maneira aleatória, efetuou-se de início a leitura dos resumos dos artigos, para reconhecer a finalidade da pesquisa e posteriormente ocorreu à leitura, análise e seleção dos artigos.

Os critérios para exclusão de artigos foram os artigos publicados antes do ano de 2005 e publicações na língua inglesa.

DESENVOLVIMENTO

História da Sífilis

Há mais de cem anos que a sífilis foi descoberta pelos alemães Erich Hoffmann (1868-1959) e Fritz Schaudinn (1871-1906) e logo após, veio a descoberta da penicilina, um antibiótico para o tratamento desta doença. Mesmo depois de tanto tempo, a sífilis ainda é um sério problema para a saúde pública, visto que a sífilis em gestante tem três vezes mais em relação a incidência com a AIDS. Considera-se prioridade pelo Ministério da Saúde e é a principal doença sexualmente transmissível (DST) depois da AIDS.

De acordo com Magalhães et al. (2011), conhecida também como *lues venerea* ou apenas lues que vem do latim e significa praga, pestilência, epidemia e corrupção, surgiu no século XVI, no ano de 1579.

Em 1530 surgiu o nome sífilis, em contrapartida, iniciou-se a utilizar a palavra sífilis no fim do século XVIII, como definição de um quadro patológico.

Na década de 40, com o advento da descoberta da penicilina, houve grande contribuição para o tratamento da sífilis, posto que antes desta descoberta, não havia nenhum medicamento eficaz para tal terapêutica.

No dia 14 de julho de 2005, a sífilis em gestante passou a ser uma doença de notificação compulsória pela portaria nº 33 que necessita investigar e notificar todos os casos de nascido vivo ou natimorto que seja filho de mulher com sífilis.

Prevenção

Segundo Araújo (2006), as mais recentes orientações do Ministério da Saúde para o rastreio da sífilis durante o pré-natal têm de ser efetuadas na primeira consulta, neste caso, no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação.

No ano de 2011, o Governo Federal apresentou a “Rede Cegonha”, um plano que propõe-se certificar à mãe e o bebê o direito à atenção humanizada no decorrer do pré-natal, parto, pós-parto e atenção infantil em todos os âmbitos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos planos é a inserção dos testes rápidos diagnóstico do HIV e triagem da sífilis no sistema da Atenção Básica, com o objetivo de oferecer um diagnóstico prévio desses agravos nas gestantes e o início propício das ações de prevenção, com meta que busca reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV e à eliminação da sífilis congênita, tal como à diminuição de óbitos materno-infantis evitáveis.

A ampliação do diagnóstico por testes rápidos de HIV e sífilis e da Rede Cegonha, notou-se o aumento na taxa de detecção de sífilis em gestantes, decorrente da melhoria do diagnóstico e da vigilância epidemiológica.

Antes da gravidez

Utiliza-se neste período as seguintes medidas profiláticas:

- Usar regularmente preservativos;
- Redução do número de parceiros sexuais;
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros;
- Realização do teste VDRL em mulheres com intenção de engravidar;
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

Diagnóstico

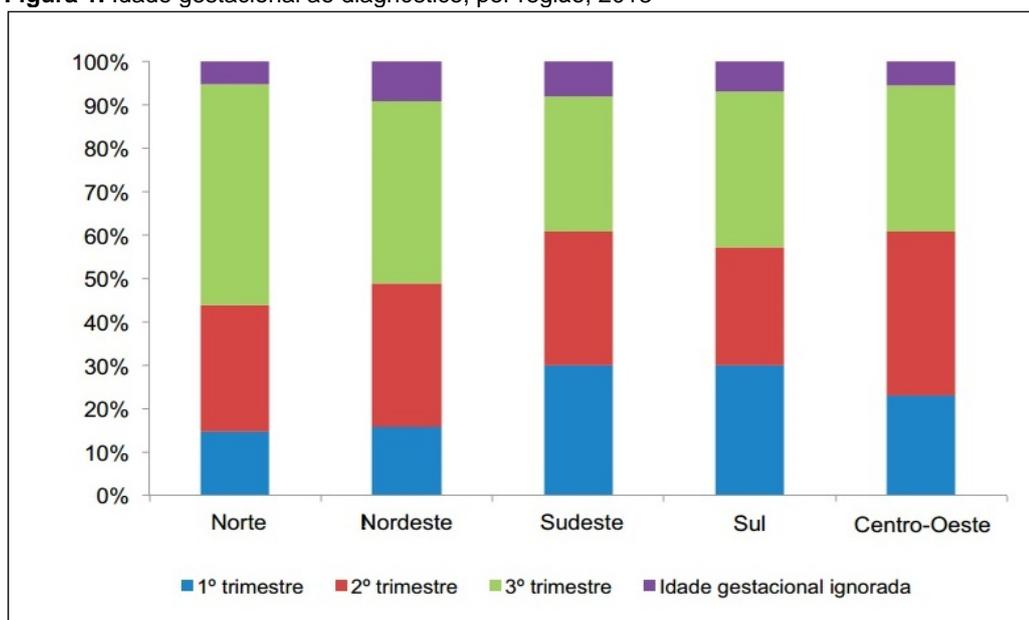
A sífilis é uma das mais graves doenças sexualmente transmissíveis que afeta principalmente os indivíduos com maior atividade sexual entre 15 aos 49 anos de idade. Após a contágio da doença, a fase inicial é comum o surgimento de pequenas lesões nos órgãos genitais que chama-se cancro duro, localizam-se na

parede da vagina, no períneo e colo uterino, normalmente única e indolor que desaparecem aproximadamente após 4 a 8 semanas, nesse período é chamado de sífilis primária, que se não tratada pode evoluir e atingir quase todo o corpo por meio da corrente sanguínea com concentração maior nas mãos e nos pés, neste caso dá-se o nome de sífilis secundária, mais ainda há a sífilis terciária, que evolui até ocasionar a infecção do sistema nervoso central, no qual as ocorrências são lesões no cérebro, alterações de comportamento, convulsões e até mesmo câncer, existe também a sífilis latente recente e tardia, a recente é quando há menos de um ano de duração, na tardia quando há mais de um ano de duração, sua atuação é de forma assintomática, portanto, sem manifestação de sinais e sintomas.

Não existe um momento definido para a contaminação da mãe para o feto, a transmissão pode ocorrer a qualquer instante da gestação, por isso a importância do tratamento para evitar as complicações da doença tanto para a mãe quanto para o bebê, é necessário observar nas genitais sinais e sintomas incomuns, para assim buscar o quanto antes a assistência necessária. A falta do tratamento da sífilis materna oferta altos riscos a saúde do bebê, pode-se causar aborto, prematuridade e natimortalidade. A criança pode desenvolver problemas de saúde nos primeiros anos de vida mesmo se vir a nascer aparentemente saudável.

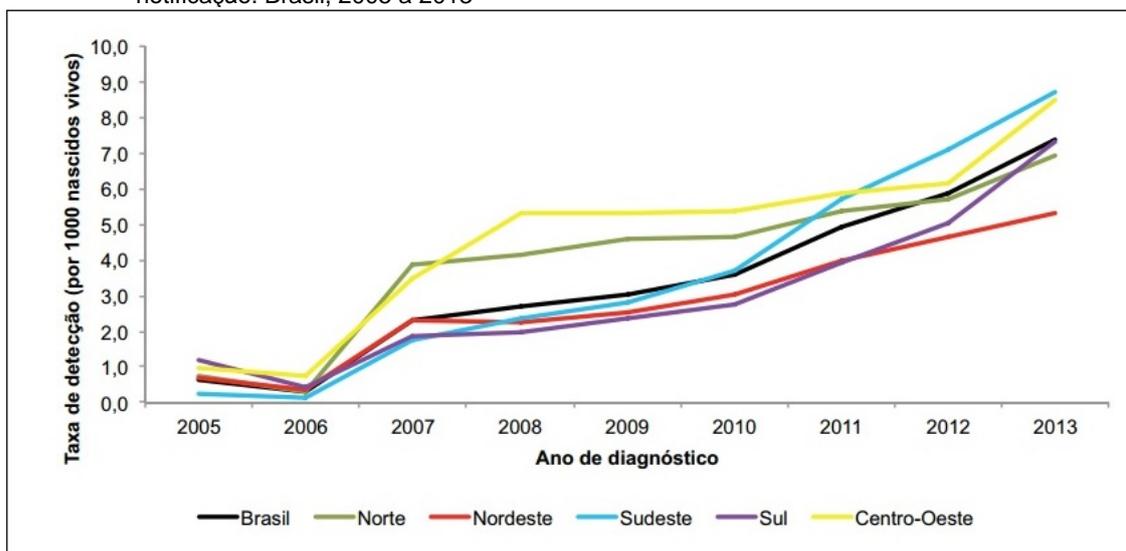
As complicações causadas pela sífilis resultam o baixo peso, lesões da pele, aumento do fígado e do baço, surdez, alterações respiratórias, deformações ósseas e dificuldade de aprendizado.

Segundo o Ministério da Saúde, mesmo com a amplificação do diagnóstico, o maior número dos casos continua-se a detectar muito tarde. No ano de 2013, 24,8% dos casos do SINAN obteve-se as notificações no primeiro trimestre de gestação, 31,3% no segundo e 36,3% no terceiro trimestre. Na região Norte indica o maior percentual de diagnóstico, com 50,9% no terceiro trimestre, 30,9% no segundo e 29,9% no primeiro conforme mostra na Figura 1.

Figura 1. Idade gestacional ao diagnóstico, por região, 2013

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Em 2005 até junho de 2014, foram notificados 100.790 casos de sífilis em gestantes, foram notificados 10,3% na Região Centro-Oeste, 11,6% no Sul, 12,4% no Norte, 23,5% no Nordeste e 42,1% na Região Sudeste. No ano de 2013 o número de casos notificados foi respectivamente a 21.382 no Brasil, notou-se um índice de 7,4 casos detectados de sífilis em gestante para 1.000 nascidos vivos, índice esse que sobressaiu-se pelas regiões Centro-Oeste com 8,5 e Sudeste com 8,7.

Figura 2. Índice de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2013

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Segundo Magalhães (2011), o VDRL é um teste não treponêmico que aponta alta e baixa especificidade. Na sífilis primária a sensibilidade do VDRL é de 70%, já na secundária e latente é de 99% com até um ano de duração e pode atingir 100% de positividade, desse modo, estas fases seguem com valores maiores de qualidade no exame quantitativo. Apresentam desfavorecimento em questão ao tratamento, a melhor forma de tratar seria o rastreamento e controle da sífilis.

Além do VDRL que é o teste de diagnóstico mais popular, existem também os testes treponêmicos, que é de rápida execução. Realiza-se a coleta do sangue por meio de punção venosa ou digital, o resultado é praticamente instantâneo, entre 10 a 15 minutos. Recomenda-se o seu uso em locais que não se dispõem de sorologias não treponêmicas para os testes frequentes ao longo da gravidez ou por outra circunstância, como o parto.

O teste rápido abrange a localização de imunoglobulinas antitreponêmicas específicas, uma vez reagente ou positivo, mantém-se quase pelo resto da vida e delimita seu uso. Torna-se especificamente indicado nas seguintes condições:

- Seja qual for o período do acompanhamento pré-natal ou momento do parto, a partir de que a gestante não tenha exames treponêmicos com resultado reagente na atual gestação ou na anterior;
- Se uma gestante apresenta sinais e sintomas de doença sexualmente transmissível (DST) durante o período de gestação;
- No momento do parto, quando não é liberado o resultado do VDRL requerido no pré-natal;
- Nos parceiros de gestantes que apresentaram teste rápido positivo;
- No terceiro trimestre da gestação, quando o VDRL realizado no início gestacional tiver sido negativo.

Tratamento

De acordo com Guinsburg e Santos (2010), uma das causas que leva os cidadãos a não conhecer os sinais e sintomas da sífilis, transmissão e tratamento é a maneira com que a doença se manifesta. Os cinquenta anos de estudos e experiências com a penicilina atestam a sua potência no tratamento da sífilis adquirida, em suas fases, como da sífilis congênita. O fármaco impossibilita que as enzimas catalisadoras da composição de precursores da parede celular atuem.

Assim, não há recomposição da parede, que é sujeita constantemente à ação hidrolítica da lisozima que pelo organismo é produzida. A penicilina é uma droga bactericida, deve ser utilizada de forma adequada em doses e intervalos apropriados.

Tratamento Materno

Ainda de acordo com Guinsburg e Santos (2010), apenas a realização do tratamento terapêutico completo e com penicilina é classificado como treponemicida para o feto no decorrer da gestação. Ainda que seja mais complicado eliminar a sífilis na presença de HIV, as atuais recomendações apontam tratamento semelhante da sífilis para adultos portadores ou não da infecção retroviral. Em contrapartida, nestas gestantes, diante de sífilis de duração desconhecida ou no qual se o diagnóstico é a fase de latência tardia, o exame do líquido cefalorraquidiano torna-se obrigatório.

Em mulheres soronegativas e que não apresentam lesões aparentes, contudo têm-se o diagnóstico de sífilis recente ou não tratada no parceiro, encaminha-se o tratamento da gestante baseado no risco de 25 a 50% de que ela tenha contraído a doença, esteja na fase inicial e conseqüentemente, há grandes possibilidades de infectar seu concepto.

O tratamento da mulher gestante com penicilina benzatina no primeiro trimestre é o único medicamento eficaz para penetrar a barreira da placenta e prevenir o feto no decorrer da gestação. Em algumas situações a gestante pode apresentar alergia à penicilina, neste caso, existe o uso de drogas alternativas, como a eritromicina, porém, não tratará a infecção fetal. Há poucos estudos sobre as drogas alternativas, como o ceftriaxone e a azitromicina, em mulheres luéticas.

O ceftriaxone, utilizado em dose de 250 mg IM por 10 dias apresenta-se eficaz em estudos que foram publicados.

Conforme o Protocolo Gestante com Sífilis, trata-se com penicilina benzatina as mulheres gestantes e seus parceiros em suas fases da seguinte forma:

- Sífilis primária: Penicilina benzatina 2.400.000 UI via IM em dose única (1,2 milhões, IM, em cada glúteo);
- Sífilis secundária ou latente recente: Penicilina benzatina 2.400.000 UI, via IM, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões UI;

- Sífilis terciária ou latente tardia ou com duração ignorada: Penicilina benzatina 2.400.000 UI, via IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

No primeiro trimestre de gestação ou na primeira consulta, realizar o teste VDRL ou RPR, mais adiante realizar outro no início do terceiro trimestre, para localizar infecção próximo ao fim da gestação. Se não houver o teste confirmatório (sorologia treponêmica) considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL (RPR) reagente, com qualquer titulação, desde que não foram tratadas anteriormente. O tratamento deve ser imediatamente em gestantes e seus parceiros nos casos diagnosticados, independente se não apresentarem sinais e sintomas.

A principal dificuldade para o sucesso do tratamento da gestante é a adesão do parceiro, a mulher faz o tratamento, mas o parceiro não ou não conclui de forma a causar a reinfecção da gestante.

Tratamento Neonatal

Segundo o Ministério da Saúde, os recém-nascidos de mulheres com sífilis não tratada, ou que foram tratadas de forma inadequada, independente do resultado do VDRL do recém-nascido, deve-se realizar punção lombar, raio-X de ossos longos e outros exames, quando clinicamente recomendados. No caso, como, alterações clínicas, sorológicas ou radiológicas, mas não liquóricas, o tratamento precisará ser realizado com Penicilina G Cristalina, na dose de 100.000 UI/Kg/dia, IV, 2 vezes por dia (se o bebê tiver menos de 1 semana de vida); ou 3 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 10 dias; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg, IM, por 10 dias.

Se acontecer alteração liquórica, o tratamento terá que ser realizado com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, em 2 vezes por dia (se o bebê tiver menos de 1 semana de vida); ou 3 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 14 dias. Se não tiver nenhuma alteração clínica, radiológica ou liquórica, e a sorologia estiver negativa no recém-nascido, o procedimento ao tratamento será com Penicilina G Benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, IM. Torna-se necessário o acompanhamento, inclui-se o seguimento com VDRL sérico, posteriormente a conclusão do tratamento.

Orientações de Enfermagem

Na fase pré-concepcional, seja no campo dos serviços públicos de saúde ou na assistência complementar, mulheres e homens necessitam obter frequentemente orientações a respeito das DST. Conforme o Ministério da Saúde, os pontos importantes a serem tratados pelo profissional de enfermagem são:

- Conscientizar sobre as DST e a forma infecção pelo HIV/Aids (contágios, manifestações clínicas e consequências na área da reprodução);
- Preconizar sobre a sífilis as mulheres e homens em idade reprodutiva;
- Recomendar para a sífilis e HIV (com sua permissão), as mulheres que demonstram intenção de engravidar;
- Ressaltar a influência do uso frequente de preservativos seja masculino ou feminino, até nos relacionamentos ditos estáveis e depois do tratamento de eventuais DST;
- Ressaltar a importância do tratamento do parceiro concomitantemente;
- Orientar para que ambos (mulheres e parceiros) evitem relação sexual até o final do tratamento;
- Tratar devidamente os quadros diagnosticados em mulheres e seus parceiros;
- Realizar o acompanhamento adequado da mãe, filho e parceiro com diagnóstico para sífilis.

Estas medidas, ao longo da assistência pré-natal, conforme o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o reconhecimento prévio das gestantes portadoras de sífilis e tratamento imediato são as principais medidas na prevenção da transmissão vertical.

CONCLUSÃO

O atual trabalho identificou a causa e classificação da sífilis, os meios de transmissão, as gravidades para a mãe e bebê, suas formas de prevenção, visto que o índice do número de casos no país em 2013 foi referente a 21.382, desta forma é possível reduzir esses números com uma assistência de qualidade, diagnóstico por meio dos testes não treponêmicos VDRL e os treponêmicos, também conhecido como teste rápido e a importância do papel do enfermeiro para orientação e conscientização da doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria, F.G; PEREIRA, Susan, M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador – BA. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3-4, p. 144-156, 2007.

ARAÚJO, Eliete, C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, PA, v.20, n. 1, 2006.

ARAÚJO, Maria, A.L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista Atenção Primária de Saúde**, Juiz de Fora, MG, v. 11, n. 11, p. 4-9, 2008.

Descoberta do agente causador da sífilis faz 100 anos, mas doença ainda é um problema de saúde pública. Disponível em Brasil (2017), consultado em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/descoberta-do-agente-causador-da-sifilis-faz-100-anos-mas-doenca-ainda-e-um-problema-de-saud>>. Acesso em: 26 mai. 2017 às 17H:00min.

Disponível em Brasil (2017), consultado em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2017 às 15H:17min.

Disponível em Brasil (2017), consultado em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2017 às 20H:02min.

Disponível em Brasil (2017), consultado em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis/eliminacao-da-transmissao-vertical-da-sifilis/apresentacoes/forum_franca_final_v2.pdf>. Acesso em 05 jun. 2017 às 19H:17min.

FERNANDES, Regina, C; FERNANDES, Paulo; NAKATA, Talita, Y. Análise de casos de sífilis congênita na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3-4, p. 157-161, 2007.

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, Amélia, M.N. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. Documento Científico – Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, SP, 2010.

KOMKA, Maria, R.; LAGO, Eleonor, G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, Porto Alegre, RS, v. 17, n. 4, p. 205-211, 2007.

LORENZI, Dino, R.S.; FIAMINGHI, Luciane, C.F.; ARTICO, Graziela, R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **FEMINA – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 84-90, 2009.

MAGALHÃES, Daniela, M.S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 43-54, 2011.

MAGALHÃES, Daniela, M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MARTINS, Carolina et al. Sífilis congênita, gêmeos natimortos e retenção placentária culminando em histerectomia: relato de caso. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.** Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3-4, p. 177-179, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2015**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2013.

SANTOS, Vanessa; ANJOS, Karla. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, PR, v. 2, n. 2, p. 257-263, 2009.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica. 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, RJ, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.

SCHETINI, Juliana. et al. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói – RJ. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 1, p. 18-23, 2005.

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.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3-4, p. 111-119, 2007.

VICTOR, J, F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2010.

VIEIRA, Amadeu. A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba – SP: Ainda uma realidade em 2002. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2005.