

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES COM SÍFILIS EM UMA MATERNIDADE DA GRANDE VITÓRIA - ES

Andressa de Deus Mateus¹; Bárbara Gobetti Pancieri¹; Bruna Destro Werner¹; Gustavo Emílio Costa de Almeida¹; Juliany de Oliveira Torezani¹; Sávio Bruno Fialho do Carmo¹; Gizele Machado Bernabé²

¹ Acadêmicos de Medicina na Faculdade Brasileira – Multivix – Vitória.

² Graduação em Medicina na Universidade Federal do Espírito Santo; Residência médica em doenças infecciosas e parasitárias no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; Docente do curso de Medicina na Faculdade Brasileira – Multivix- Vitória.

RESUMO

Introdução: A sífilis, sendo uma doença sexualmente transmissível de fácil prevenção e tratamento, desafia, ainda na atualidade, a saúde pública brasileira pela sua elevada incidência. Tem relevância os casos diagnosticados durante o período gestacional através da assistência pré-natal, visto as suas graves conseqüências para o concepto. O objetivo desse estudo é caracterizar o perfil sócio-demográfico das gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis. **Material e métodos:** Foram entrevistadas gestantes e puérperas registradas na maternidade do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. **Resultados e discussão:** todas as pacientes entrevistadas fizeram pré-natal, mas apenas 46,66% tiveram o número ideal de consultas. Destas, a maioria era solteira (73,3%), tendo um parceiro durante a gestação (93,33%), residentes na Serra-ES. 43,3% não conseguiram completar o ensino fundamental e 53,3% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos. 80% receberam o tratamento durante a gestação, e apenas 50% dos parceiros foram tratados. 93,3% receberam o diagnóstico durante a gestação, e apenas 46,66% tiveram o número ideal de consultas pré-natais. 90% das entrevistadas apresentavam até 2 salários mínimos de renda; 20% consumiam bebidas alcoólicas e 10% fizeram uso de algum tipo de droga ilícita durante a gestação. **Conclusão:** apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e tratamento, ainda é um problema de saúde devido aos fatores socioeconômicos, culturais, sexuais e estruturais da população. É necessária conscientização à respeito da importância do pré-natal e do tratamento adequados.

Palavras-chave: Sífilis; cuidado pré-natal, cuidado pós-natal, saúde pública, fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis, a sexually transmitted disease is easily preventable and tractable. However, it is a challenge for the Brazilian public health even today for its high incidence. Noteworthy the cases diagnosed during pregnancy through prenatal care, because their serious consequences for the fetus. The objective of this study is to characterize the sociodemographic profile of pregnant and postpartum women diagnosed with syphilis. Methods: registered pregnant and postpartum women were interviewed in the maternity of the Dr. Jayme Santos Neves State Hospital. Results and discussion: all patients interviewed received prenatal care. We found that most were single (73.3%), having one partner during pregnancy (93.33%), residents in Serra-ES. 43.3% didn't complete primary school and 53.3% were aged 20 to 29 years. 80% received treatment during pregnancy, and only 50% of partners were treated. 93.3% were diagnosed during pregnancy, and only 46.66% had the ideal number of prenatal visits. 90% income was two minimum wages. 20% consumed alcohol and 10% used some kind of illicit drug during pregnancy. Conclusion: though being a disease easily diagnosed and treatment is still a health problem due to socioeconomic factors, cultural, sexual and structural population. It is necessary to raise awareness about the importance of prenatal care and adequate treatment.

Key words: Syphilis, prenatal care, postnatal care, public health, socioeconomic factors.

INTRODUÇÃO

A sífilis, doença sexualmente transmissível de notificação compulsória desde 1986, é causada pela bactéria *Treponema pallidum* e, apesar de ser considerada um problema de saúde pública de fácil prevenção e tratamento eficaz de baixo custo, desafia a população mundial por apresentar elevada incidência ainda na atualidade (AVELLEIRA, 2006; BRASIL, 2012). Os casos de sífilis diagnosticados durante a gestação poderão acarretar infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. A droga de escolha para o tratamento da gestante infectada é a penicilina, capaz de atravessar a barreira transplacentária. Deve-se iniciar o tratamento imediato dos casos diagnosticados, tanto das gestantes quanto de seus parceiros. Os tratamentos interrompidos devem ser reiniciados (SAÚDE, 2008).

A Sorologia não treponêmica (VDRL e RPR) é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da

infecção, mas apresenta tendência a queda progressiva nas titulações até sua negatificação. Sorologia treponêmica (FTA-Abs, TPHA, ELISA) são testes úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos positivos. O FTA-Abs/IgG, quando reagente em material do recém-nascido, não significa infecção pré-natal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. O FTA-Abs/IgM, por sua vez, não ultrapassa a barreira placentária, significando infecção fetal quando reagente no material do recém-nascido. Entretanto, o FTA-Abs/IgM tem baixa sensibilidade, podendo ocasionar falsos exames negativos. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção, por isso seu uso para acompanhamento é contra-indicado.

A Sorologia não Treponêmica (VDRL) deve ser realizada no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, e deve ser repetida no início do terceiro trimestre da gravidez. Na ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica), considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente (BRASIL, 2005).

No período de 2005 a junho de 2012, foram notificados no Brasil 57.700 casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2012; VALDERRAMA, 2004). Em 2013, foram registrados no Sinan 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4 casos por 1.000 nascidos vivos. Diante do elevado número de casos, é importante melhorar a vigilância epidemiológica e ampliar a cobertura de triagem. Houve aumento da incidência de casos de sífilis congênita, com 13.705 casos notificados em menores de um ano de idade, com taxa de incidência de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em países subdesenvolvidos, cerca de 10% a 15% das gestantes são portadoras de sífilis. Para o cenário brasileiro, estima-se que 3,5% das gestantes possuam a doença, havendo um risco de transmissão vertical em torno de 50% a 85%, e que as taxas de mortalidade perinatal sejam de até 40%. Conforme as mesmas estimativas, até 40% das mulheres grávidas portadoras de sífilis primária ou secundária não tratada apresentam perda fetal (OLIVEIRA, 2011).

Entre os fatores de risco que contribuem para a prevalência de sífilis congênita estão o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de assistência pré-natal adequada. Desse modo, o aumento dos casos de sífilis durante a gravidez reflete a necessidade e a importância de se reportar esclarecimentos às mães acerca da doença e de sua gravidade, dando ênfase às conseqüências para sua prole (ARAUJO, 2006; DE LORENZI, 2001). A transmissão para o feto pode ocorrer em qualquer fase da

gestação e qualquer estágio da doença, sendo maior a probabilidade na sífilis primária e secundária (SAÚDE, 2008).

Apesar do diagnóstico e da terapêutica serem de simples realização e de baixo custo, o controle da sífilis na gestação ainda é um desafio para a saúde pública. Isso ocorre devido aos entraves na realização eficiente do diagnóstico e do tratamento e à dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que muitos parceiros sexuais não são diagnosticados ou subestimam o tratamento, o que traz danos para a gestante e para o bebê (DAMASCENO, 2014).

Vale ressaltar que atualmente existe uma escassez da medicação devido à demanda global de penicilina, o que tem impacto na prevenção e tratamento da sífilis, resultando em mulheres com sífilis tratada de forma ineficaz ou não tratada.

JUSTIFICATIVA

A sífilis, sendo uma doença facilmente diagnosticada pelo VDRL e tratada pela penicilina, ganha destaque pelo aumento de casos. A sífilis congênita pode ser evitada através de rastreamento durante a gestação com tratamento acessível e de baixo custo. Justifica-se a pesquisa pela importância de se repassar aos serviços de saúde a situação atual da qualidade da assistência à gestante, relativo ao diagnóstico e tratamento de sífilis, bem como os fatores sociodemográficos referentes às grávidas que podem interferir nesse processo.

OBJETIVO

O objetivo geral da pesquisa é caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis.

METODOLOGIA

O cenário utilizado foi o Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Localizado na Avenida Paulo Pereira Gomes, s/n, Morada de Laranjeiras, Serra - ES, CEP 29.166-828, inscrito no CNPJ de Nº28.127.926/0002-42.

O estudo realizado foi transversal e quantitativo, determinando a distribuição das condições relacionadas à saúde e às características das pacientes. Ele teve como população alvo pacientes do sexo feminino, grávidas ou puérperas com sífilis, registradas na maternidade do

Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Os critérios de inclusão foram pacientes do sexo feminino, gestantes ou puérperas, com VDRL reagente.

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 1.471.424. Foram entrevistadas pacientes registradas na maternidade do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, precedido de uma entrevista.

As variáveis de interesse estudadas foram obtidas de entrevistas realizadas de Maio a Setembro de 2016. Elaborou-se um formulário padronizado para a coleta dos dados.

As variáveis foram assim caracterizadas:

- a) Idade materna: até 18 anos, 18 a 30 anos, 30 a 40 anos, maiores de 40.
- b) Escolaridade: analfabetas, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio, ensino superior.
- c) Estado civil: Solteiras, casadas.
- d) Quantidade de parceiros sexuais durante a gravidez: 1, 2, 3 ou mais.
- e) Parceiro realizou o tratamento: sim, não (qual o motivo para não realizar).
- f) Cuidados de pré-natal: realizou, não realizou.
- g) Quantidade de consultas pré-natais: até 6, mais que 6.
- h) Diagnóstico de sífilis: durante a gravidez, fora da gravidez.
- i) Recebeu tratamento de sífilis adequado no pré-natal (número de doses): sim, não (justificativa).
- j) Procedência.
- k) Renda Familiar.
- l) Município de residência da paciente.
- m) Historia de uso álcool e drogas ilícitas.

A pesquisa foi organizada segundo a Resolução 510/2016 e os pesquisadores se dispuseram a cumprir o que consta nesse projeto. A pesquisa foi realizada tendo como base as entrevistas das pacientes registradas na maternidade do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, precedido do instrumento de coleta de dados. As pacientes foram orientadas sobre o objetivo da pesquisa e as que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento.

Os dados coletados tiveram caráter científico e foram preservados os direitos de sigilo dos pacientes. A pesquisa foi baseada nos princípios da bioética de não maleficência e beneficência ao programar e dispor os dados obtidos apenas para aquisição de conhecimento.

A pesquisa apresenta como benefício traçar o perfil demográfico das pacientes com sífilis e, assim, melhorar a realização e a adesão do pré-natal. É possível que a paciente experimente algum desconforto pelo risco de constrangimento durante a entrevista. Caso isso ocorra, a entrevista poderá ser interrompida. O desfecho do estudo foi o perfil sócio demográfico da ocorrência de sífilis na gravidez.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados do Programa Microsoft Excel, versão 2010 e serão destruídos após 5 anos de pesquisa. Eles foram coletados por meio de entrevista e guardados em sigilo total, estando sob posse dos pesquisadores. A partir desse banco de dados, foi construída uma tabela e calculado as variáveis significantes para a análise de resultados.

RESULTADOS

O presente estudo fez uma análise dos resultados obtidos através das entrevistas e avaliou as características demográficas e epidemiológicas da população estudada. Foram entrevistadas, no período de maio a setembro de 2016, puérperas e gestantes com VDRL reagente, internadas em uma maternidade de referência do estado do Espírito Santo, totalizando 30 mulheres.

Na tabela abaixo seguem as estatísticas que o estudo gerou (ver tabela 1):

VARIÁVEIS					
Estado civil	Solteira 73,33%	Casada 26,66%			
Religião	Católica 20%	Evangélica 50%	Outra 30%		
Idade	< 20 anos 16,66%	20-29 anos 53,33%	30-39 anos 20%	>40 anos 10%	
Escolaridade	Analfabeta 0%	Ensino fundamental incompleto 43,33%	Ensino fundamental completo 23,33%	Ensino médio 33,33%	Ensino superior 0%
Etnia	Negra 50%	Parda 26,66%	Branca 23,33%	Indígena 0%	Amarela 0%
Renda Familiar	1-2 salário 90%	2-3 salários 3,33%	3-4 salários 0%	>4 salários 6,66%	

Pré-natal	Realizou 100%	Não realizou 0%			
Número de Consultas	Até 6 53,33%	> 6 46,66%			
Diagnóstico de Sífilis	Durante a gravidez 93,33%	Fora da gravidez 6,66%			
Tratamento recebido no pré-natal	Sim 80%	Não 20%			
Uso de drogas ilícitas	Sim 10%	Não 90%			
Uso de álcool	Sim 20%	Não 80%			
Quantidade de parceiros durante a gravidez	1 parceiro 93,33%	2 parceiros 3,33%	3 parceiros 3,33%	> 3 parceiros 0%	
Parceiro tratou	Sim 50%	Não 33,33%	Não soube informar 16,66%		

(Tabela 1)

Nas pacientes entrevistadas, houve cobertura pré-natal de 100% das mulheres, sendo 73,33% solteiras e 26,66% casadas. 93,33% delas tiveram um parceiro durante a gestação, 3,33% tiveram dois parceiros e 3,33% tiveram três parceiros durante esse período.

As pacientes, em sua maioria, eram residentes do município da Serra (53,3%), e as demais entrevistadas de Vila Velha (13,3%), Venda Nova do Imigrante (6,7%), Cariacica (6,7%), Aracruz (6,7%), Viana (10%) e Conceição do Castelo (3,3%). Em relação à procedência dessas pacientes, foi constatado que 23,3% delas eram de Vila Velha e as demais eram da Bahia (20%), Serra (13,3%), Vitória (10%), Aracruz (3,3%), Cariacica (3,3%), Venda Nova do Imigrante (3,3%), Marataízes (3,3%), Guaraná (3,3%), Viana (3,3%) e outros estados (13,3%), incluindo Minas Gerais, São Paulo, e Rio de Janeiro.

Das entrevistadas, 43,33% não conseguiram completar o ensino fundamental, 23,33% tinham ensino fundamental completo e 33,33% ensino médio completo. 16,66% das gestantes tinham menos de 20 anos de idade. 53,33% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 20% na faixa de 30-39 anos e 10% tinham idade maior que 40 anos.

Com relação ao tratamento durante o pré-natal, 80% informaram o ter recebido e 20% o negaram. Um dado preocupante analisado foi a prevalência de apenas 50% dos parceiros tratados, sendo que 33,33% não fizeram o tratamento e 33,33% das mulheres não souberam fornecer a informação.

Das pacientes entrevistadas, 93,33% obtiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação e 6,66% foram diagnosticadas em outro momento, sendo que 46,66% realizaram mais de 6 consultas de pré-natal e 53,33% realizaram 6 ou menos consultas.

A religião prevalente no estudo foi a evangélica, com 50% de adeptas. A religião católica teve um percentual de 20% de adeptas e as demais entrevistadas se declararam relacionadas a outras religiões (30%).

A renda financeira mensal predominante foi de até 2 salários mínimos, com 90%. 3,33% declararam receber entre 2 e 3 salários mínimos e 6,66% declararam receber mais de 4 salários mínimos. Destas mulheres, 20% consumiam regularmente bebida alcoólica e 80% negaram o consumo. 90% negaram o uso de drogas ilícitas e 10% fazem uso de alguma droga ilícita.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, considerou-se para diagnóstico da sífilis na gestação a ocorrência de um dos casos abaixo: resultados reagentes de VDRL, independentemente da titulação, ou registro de infecção pela sífilis no prontuário da puérpera.

Nas pacientes analisadas, houve cobertura pré-natal de 100% das mulheres, havendo um número maior de mulheres solteiras do que casadas (73,33% solteiras e 26,66% casadas). A idade materna média foi de 27,8 +/- 7,61, sendo que 16,66% eram adolescentes (menores de 20 anos), 53,33% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 20% na faixa de 30 a 39 anos e 10% tinham idade superior a 40 anos.

A baixa escolaridade merece destaque, visto que 43,33% das entrevistadas não conseguiram completar o ensino fundamental, 23,33% tinham ensino fundamental completo, 33,33% ensino médio completo e nenhuma paciente possuía o ensino superior, esses dados refletem a falta de informação no que tange a prevenção da sífilis congênita.

A etnia declarada predominante foi negra (50% das entrevistadas). 26,66% se declararam pardas e 23,33% brancas. Esse dado está de acordo com dados gerados por outros estudos

já realizados, nos quais os percentuais de negras e pardas prevalecem (DOMINGUES, 2014). Além disso, entre as mulheres entrevistadas, 50% eram evangélicas, 20% católicas e os outros 30% declararam possuir outra ou nenhuma religião.

A falta de acesso à assistência pré-natal é considerada como um dos principais fatores responsáveis pela persistência dos elevados índices de sífilis congênita. A medida mais eficaz para sua prevenção consiste na realização do rastreamento da sífilis durante o pré-natal, através do teste de VDRL, que deve ser realizado o mais precocemente possível e depois repetido por volta da 28ª e da 38ª semanas de gestação. A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada representa um importante fator para explicar a ocorrência de sífilis congênita (ARAUJO, 2006). Dentre as pacientes entrevistadas, 80% relatam ter recebido o tratamento no pré-natal e 20% negaram tê-lo recebido.

Quando não tratada, a sífilis pode ser transmitida para o feto por transmissão vertical, com mais freqüência intra-útero, e transmissão pelo canal do parto. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição fetal. Desta forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação (BRASIL, 2015).

Estudos relacionados ao assunto apontam que o diagnóstico de sífilis é realizado em sua maioria durante a gravidez, como mostra uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro (SARACENI, 2003), em que 77,5% dos diagnósticos foram feitos durante a gravidez. Das mulheres analisadas, 53,33 % realizaram até 6 consultas de pré-natal e 46,66 % realizaram mais de 6 consultas. 93,33% obtiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 6,66% foram diagnosticadas fora da gestação.

Todas as gestantes elegíveis para tratamento da sífilis devem ser tratadas concomitantemente com seu(s) parceiro(s) sexual(ais). Em casos em que o parceiro não realizou o exame VDRL, é aconselhável que ele receba o mesmo tratamento que a gestante. Se os parceiros que não realizaram o tratamento ou o fizeram de forma incorreta, a sífilis é considerada inadequadamente tratada (ARAUJO, 2006; DOMINGUES, 2014). O tratamento dos parceiros é fundamental para prevenir a reinfecção durante a gravidez, além de ser uma forma de tratar e prevenir novos casos de infecções sexualmente transmissíveis na população. Entretanto, o estudo mostrou que apenas 50% dos parceiros das mulheres entrevistadas foram tratados. 33,33% dos parceiros não se trataram e sobre 16,66% não há informação a respeito do tratamento. Quando perguntadas sobre o motivo da ausência de

tratamento do parceiro, a maioria das pacientes informou ter perdido o contato com eles por abandono ou término do relacionamento.

No Brasil, as taxas de positividade para sífilis em mulheres na idade fértil variam entre 1,5 e 5,0%, sendo que a maioria está inserida em grupos de baixo nível socioeconômico e com acesso dificultado à educação e aos serviços de saúde. Tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, os fatores de risco de contração de sífilis por uma mulher em idade fértil são os seguintes: baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola. Em relação à sífilis congênita, acrescentam-se como fatores de risco ausência de assistência pré-natal e gestante adolescente sem parceiro fixo. É possível prevenir e evitar a sífilis congênita quando o cuidado pré-natal é disponível e acessível para a população de maior risco (GUINSBURG, 2010).

A paciente que apresenta comportamentos de risco, como a promiscuidade sexual e o uso de drogas, álcool e fumo, facilita a aquisição da sífilis (GUINSBURG, 2010). No presente estudo, 20% das mulheres entrevistadas consumiram regularmente bebida alcoólica e 10% tiveram como hábito o uso de drogas ilícitas. Além disso, 93,33% das mulheres tiveram um parceiro durante a gestação e 3,33% dois parceiros e 33,33% tiveram três parceiros durante esse período.

No que se refere à renda financeira mensal, 90% das mulheres pesquisadas possuíam como renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, 3,33% possuíam entre 2 e 3 salários mínimos, 6,66% mais de 4 salários mínimos. Esses dados obtidos são condizentes com pesquisas e estudos realizados anteriormente, confirmando que a incidência da infecção por sífilis ou sífilis congênita é maior em pessoas de baixo nível socioeconômico.

CONCLUSÃO

Das mulheres analisadas, a maioria era solteira, negra, de escolaridade e renda financeira mensal baixas. A idade materna reduzida, bem como o consumo de álcool e outras drogas não foram relevantes no presente estudo. Todas as gestantes tiveram acesso ao pré-natal, entretanto, mais da metade das entrevistadas apresentaram número de consultas insuficiente.

A maioria teve apenas um parceiro durante a gravidez e, apesar da maior parte das pacientes terem sido tratadas, apenas a metade dos parceiros o fez, o que contribui para a persistência da doença.

Apesar do diagnóstico e o tratamento da sífilis serem simples e de baixo custo, a doença é ainda um grave problema de saúde pública devido a fatores socioeconômicos, culturais, sexuais e estruturais da população. A pesquisa confirma que ainda existe um déficit no pré-natal (número e qualidade das consultas). É necessário maior análise sobre a dificuldade no tratamento do parceiro, a fim de melhorar a assistência médica, pois o tratamento da sífilis, apesar de ser simples, nem sempre é realizado da forma adequada e em todas as pessoas que o necessitam.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Eliete Da Cunha et al. **Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita**. Rev. Para. Med., Belém, v. 20, n. 1, mar. 2006.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. AnBrasDermatol, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde 1994. p. 309-14.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico-Sífilis**. 1ª Ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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**. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DAMASCENO, Alessandra B. A. et al. **Sífilis na gravidez**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 13, n. 3, 2014.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. **Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal**. Rev. Bras Ginecol Obstet, v. 23, n. 10, 2001.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascir no Brasil**. Rev. Saúde Pública: São Paulo , v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes do. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. Documento Científico: Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria: São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega de. **Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais**. Enferm Foco: Brasília, v. 2, n. 2, p. 108-11, 2011.

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria Do Carmo. **Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal**. Rio de Janeiro, 1999-2000." Cad Saúde Pública v.19 n.5, p.1341-9, 2003.

SAÚDE, Secretaria de Estado da. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. Rev. Saúde Pública: São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008.

TAYLOR, Melanie M. et al. **The amount of penicillin needed to prevent mother-to-child transmission of syphilis**. Bulletin of the World Health Organization, 2016 (disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/8/16-173310>) [Acesso em 20.10.2016]

VALDERRAMA, Julia; ZACARÍAS, Fernando; MAZIN, Rafael. **Sífilis materna y sífilis congênita en América Latina: un problema grave de solución sencilla**. Rev. Panam Salud Publica, v. 16, n. 3, p. 211-17, 2004.