

Perfil sociodemográfico e antecedentes obstétricos associado à sífilis na gestação

Camila Belfort Piantino. Universidade do Estado de Minas Gerais – Passos.

E-mail: camilapiantino@hotmail.com

Resumo

A sífilis é uma doença contagiosa transmitida por via sexual e vertical. Avaliar a incidência de gestantes com sífilis e dos casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2016 em um município do sudoeste mineiro. Estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido mediante consulta ao sistema de registro do MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. A análise dos dados demonstra predomínio de casos na faixa etária entre 20 a 29 anos, 5ª a 8ª série incompleta, cor branca/parda. A maioria dos diagnósticos foram efetuados no 3º trimestre da gestação, prevalência de gestantes que realizaram o pré-natal, tratamento inadequado da mãe e não adesão ao tratamento por parte dos parceiros das gestantes e diagnóstico precoce de sífilis congênita (menos de 7 dias) foi observado. Nota-se a necessidade de campanhas de conscientização e estratégias de saúde pública visando à redução do número de casos.

Palavras-chave: Sífilis. Incidência. Registro.

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica e crônica, que se enquadra no grupo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum* transmitida principalmente por via sexual (sífilis adquirida) e vertical (congênita).¹⁶A sífilis adquirida pode ser classificada em recente ou tardia.² O aumento de sua incidência atrela-se ao aumento de outras IST, como a infecção pelo HIV.

Configura-se como a patologia mais antiga descrita na literatura médica.⁶Inicialmente, o contato das mucosas com o *Treponema pallidum* permite com que o mesmo invada a pele lesionada atingindo a corrente sanguínea e os vasos linfáticos, disseminando-se rapidamente.²⁴O período de incubação da doença varia entre 10 a 90 dias podendo transcorrer de forma sintomática ou assintomática.³

A fase primária manifesta-se geralmente após a 3ª ou 4ª semana do contágio, caracterizada pelo aparecimento de uma lesão reconhecida como cancro duro, a qual é indolor, com bordas elevadas e endurecidas (nos homens é comum o acometimento do

prepúcio e glânde; nas mulheres é difícil de ser observada, sendo os pequenos e grandes lábios, uretra e períneo as regiões em que o mesmo se manifesta). Após o contágio, a lesão desaparece sem deixar cicatriz no local.²²

A sífilis secundária caracteriza-se por lesões na pele, podendo estar associada a sintomas sistêmicos como mal-estar, febre, cefaléia e dor de garganta, entre a 4ª e 8ª semana após o aparecimento da úlcera.¹⁸ A ausência de diagnóstico ou tratamento inadequado atrelado ao desaparecimento dos sinais e sintomas iniciais podem favorecer a evolução do quadro para a fase de latência, que se subdivide em precoce (menos de um ano da infecção) ou tardia (após o primeiro ano da infecção). A sífilis tardia pode manifestar-se posteriormente como sífilis terciária, em um período de 40 anos após o contágio. Essa fase é caracterizada por manifestações patológicas, cutânea, óssea, neural e cardiovascular.¹⁹

A sífilis congênita demanda atenção por parte da saúde pública, em consequência ao elevado número de casos de transmissão vertical, visto que, em decorrência da propagação hematogênica, pode ocorrer má formação fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer e até mesmo aborto quando do acometimento da gestante.¹⁰

É possível que a transmissão ocorra em qualquer momento da gestação, porém a probabilidade aumenta nas fases iniciais, pois se refere ao período de maior concentração de espiroquetas na circulação.⁷ O contágio pode ainda se dar pelo contato do recém-nascido com lesões genitais no momento do parto ou pelo aleitamento materno, se lesões como ferida, sífiloma ou úlcera estiverem presentes.²

Neste contexto, caracteriza-se a sífilis congênita precoce em decorrência de evidências clínicas que aparecem logo após o nascimento ou durante os primeiros dois anos de vida da criança. Entre as manifestações cita-se, hepatomegalia, icterícia e hemorragia, lesões cutaneomucosas, lesões palmo-plantares, condilomas planos anogenitais, anormalidades ósseas manifestadas por periostite e osteocondrite, paralisia dos membros, nefrite, falta de crescimento, lesões no sistema nervoso central e no aparelho respiratório.²⁵

O diagnóstico da sífilis congênita baseia-se na investigação clínica da mãe mediante dados do prontuário em consulta de pré-natal, na qual são solicitados testes rápidos e acompanhamento sorológico através do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) no primeiro e terceiro trimestre de gravidez.⁹ Para crianças com idade inferior a 18 meses são realizados testes treponêmicos, porém esse teste possui baixa sensibilidade. Em contrapartida em crianças com idade superior a 18 meses são realizados testes não treponêmicos.²

O tratamento da sífilis congênita está atrelado à confirmação da doença na gestante, adequação ao tratamento, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas no neonato e na mãe.¹⁷

Hoje é sabidamente reconhecido que a sífilis sinaliza uma falha no sistema de saúde em virtude do número crescente de pessoas infectadas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se aumento de 500%, o que representa aproximadamente 1 milhão de novos casos registrados entre o período 2007 a 2017.³

Foram notificados 164.548 ocorrências de sífilis em gestante e 103.978 casos de sífilis congênita em crianças menores de 1 ano no Brasil, no período de 2007 a 2016. Ressalta-se que os casos de sífilis em gestante notificados em 2007 era de 7.198 e, em 2015 esse número passou para 33.381. No que diz respeito à sífilis congênita em crianças menores de 1 ano, este número era de 5.555 casos e passou para 19.235 neste mesmo período.⁴

Dados epidemiológicos revelam aumento vertiginoso também em Minas Gerais. Os números demonstram que em 2007 foram notificados apenas 241 casos de sífilis em gestante, e 176 de sífilis congênita, porém, em 2015, 1.384 casos de sífilis congênita foram relatados e 2.471 em gestante. Em um município do sudoeste mineiro comportamento semelhante tem sido observado, sendo que nos últimos 5 anos 60 casos de sífilis em gestante foram relatados e, nos últimos 10 anos, 30 casos de sífilis congênita foram notificados.⁴ Diante do exposto, propõe-se avaliar a incidência de gestantes com sífilis e dos casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2016 em um município do sudoeste mineiro, bem como classificar às gestantes segundo a faixa etária, escolaridade raça e idade gestacional.

Metodologia

Trata-se de estudo do tipo descritivo com dados obtidos em fonte documental. A abordagem de análise dos dados foi do tipo quantitativa.

A pesquisa foi realizada mediante consulta ao sistema de registro do MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Através desta, foram obtidos dados referentes aos registros dos casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita no período de 2007 a 2016 em um município do sudoeste mineiro.

Em relação às gestantes foram levantadas as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, raça e idade gestacional. Para análise dos casos de sífilis congênita averiguou-se idade da criança, informações referentes à realização de pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna, esquema de tratamento da mãe e informações sobre tratamento do parceiro.

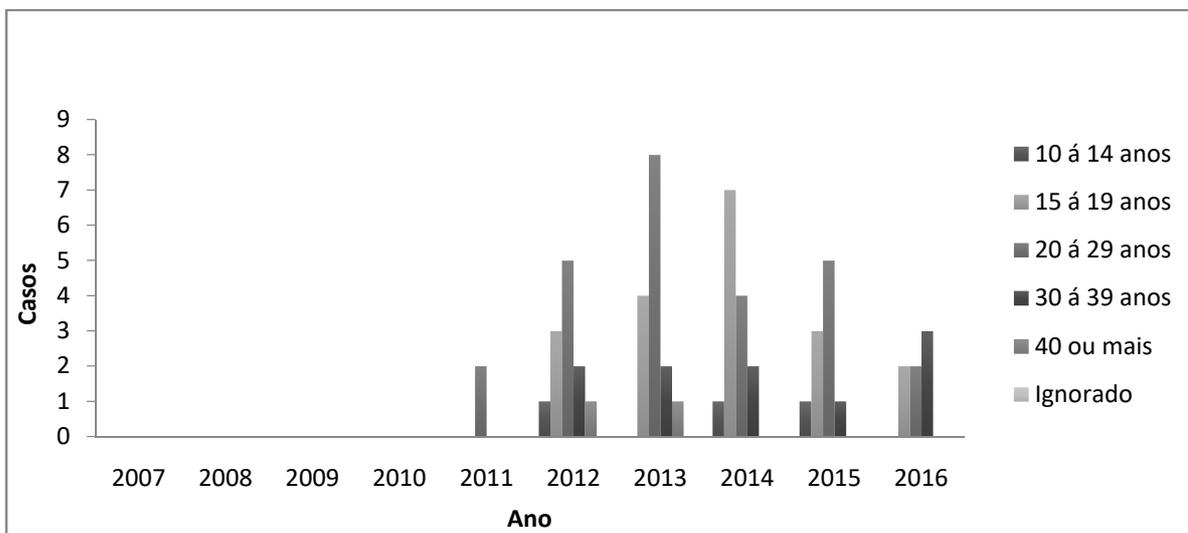
Os dados obtidos foram analisados e interpretados mediante estatística descritiva simples, e posteriormente, apresentados em gráficos. Por se tratar de pesquisa envolvendo apenas dados de domínio público, nos quais não há a identificação dos participantes, dispensa-se aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

Resultados

Quanto ao número de casos de sífilis em gestantes foram constatados 2 casos em 2011, 12 casos em 2012, 15 casos em 2013, 14 casos em 2014, 10 casos em 2015 e 7 casos em 2016, totalizando 60 casos no período de 2007 a 2016.

Dados referentes à faixa etária das gestantes acometidas estão representados no gráfico 1 e, demonstram, predomínio de gestantes entre 20 e 29 anos (26 casos/ 43,33%).

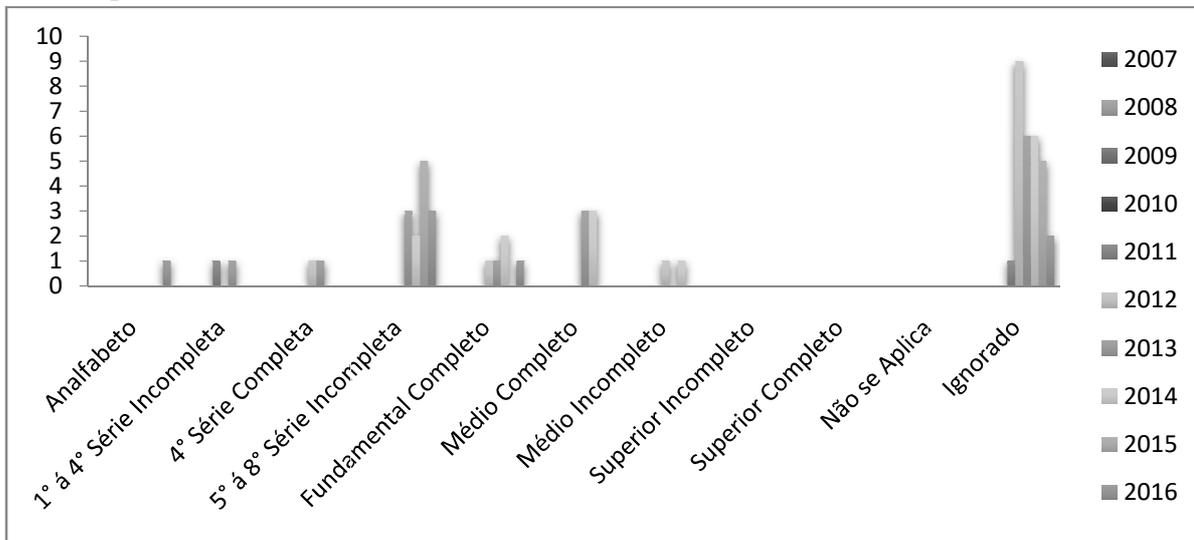
Gráfico 1: Classificação das gestantes com sífilis segundo a faixa etária, no período 2007-2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Observa-se predomínio de gestantes acometidas com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta (13 casos/ 21,66%).

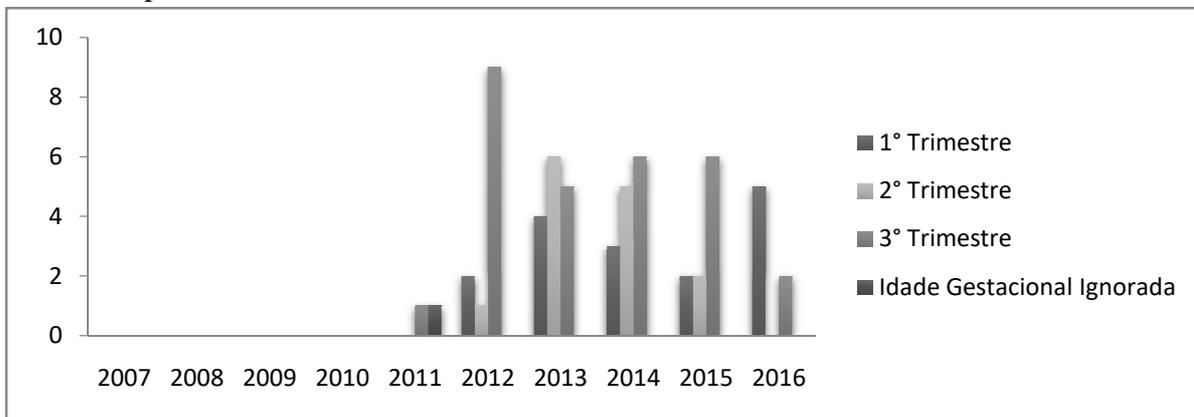
Gráfico 2: Casos de gestante com sífilis segundo escolaridade no município de Passos-MG, no período de 2007-2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Quanto à idade gestacional, nota-se predomínio de casos no 3º trimestre 29 casos (48,33%).

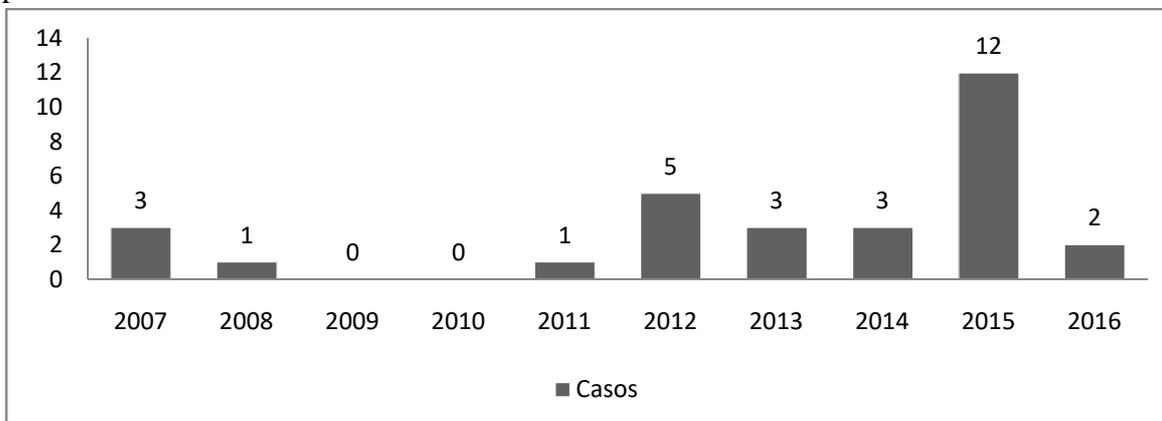
Gráfico 3: Casos de gestante com sífilis segundo a idade gestacional, no município de Passos, no período de 2007-2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

O gráfico 4 demonstra o número de casos de sífilis congênita.

Gráfico 4: Distribuição dos casos de sífilis congênita no município de Passos-MG, no período de 2007-2016



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Além de se averiguar características sócio demográficas das gestantes acometidas pela sífilis, inquiriu-se variáveis referentes ao diagnóstico e tratamento. Dados evidenciaram no período da pesquisa total de 27 casos (90%) que realizaram o pré-natal. Quanto à idade da criança em 26 casos (86,66%) o diagnóstico foi feito em menos de 7 dias de vida.

A variável momento do diagnóstico da sífilis congênita, revela que 19 casos (63,33%) foram diagnosticados durante o pré-natal, 8 (26,66%) no momento do parto e 3 (10%) após o parto.

Dados referentes ao esquema de tratamento da mãe apontam inadequação em 20 casos (66,66%). Quanto ao tratamento do parceiro em apenas 3 casos (10%) houve o tratamento para a doença.

Discussão

Conforme demonstrado, os casos de sífilis, em um município do sudoeste mineiro, começaram a se elevar em 2011, quando da análise dos registros anteriores. Quanto ao perfil das gestantes acometidas, nota-se predomínio de casos na faixa etária entre 20 e 29 anos, 5ª a 8ª série incompleta, sendo que a maioria dos diagnósticos foram efetuados no 3º trimestre da gestação.

No presente estudo, realizado junto ao sistema MS/SVS, observa-se informações ignoradas, falhas nos registros dos casos de sífilis em gestantes comparando aos de sífilis congênita, visto que o número de casos de sífilis em gestante

somente começa a constar no registro após 2011, sendo que o de sífilis congênita já era notificado desde 2007, evidenciando falhas na informação que é repassada ao banco de dados oficial do MS/SVS. Ressalta-se que o preparo dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos instrumentos de notificação, é fundamental.²⁷

Quanto ao manejo destes casos verificou-se que a maioria dos diagnósticos foram efetuados no 3º trimestre da gestação, que a maior parte das gestantes acometidas realizaram o pré-natal, que os diagnósticos foram realizados predominantemente com menos de 7 dias bem como tratamento inadequado da mãe e não adesão ao tratamento por parte dos parceiros das gestantes.

O aumento da incidência observado é discutido na literatura a qual revela que as práticas sexuais inseguras podem associar-se a infecção em gestantes.¹ A elevação dos registros da transmissão vertical,²⁰ pode estar atrelada a negligência das gestantes, ausência de profissionais em UBS, erro de diagnóstico, demora nos resultados de VDRL, moradias afastadas que dificultam o acesso aos postos de saúde e falta de medicamentos para o tratamento da doença.

Com relação aos dados sócio demográficos, a faixa etária prevalecente foi de mulheres de 20 a 29 anos. Este achado assemelha-se aos estudos de outros autores os quais evidenciam que esta faixa etária é considerada o auge da fase reprodutiva.^{14,11,8} Nota-se que o número de casos em adolescentes de 15 a 19 também foi significativo (31,66%). Estes achados sugerem início precoce da atividade sexual entre adolescentes sem o uso de preservativos, o que remete à necessidade de incentivo às práticas sexuais seguras.

Sobre a escolaridade, apenas duas mães tinham ensino médio completo, havendo maior incidência entre àquelas com escolaridade de 5ª a 8ª série, corroborando com outros estudos, que revelam que a urbanização caótica, baixa escolaridade, desemprego e aumento da pobreza na sociedade favorece este quadro.²⁶

Com relação à raça/cor, evidenciou-se proporcionalidade entre a raça branca e parda com 38,33%. Para alguns autores,¹² a cor da pele é usada para marcar iniquidades raciais ou étnicas, porém as conclusões não são consensuais. Portanto, tratamos como uma informação auto referida para análise com outros estudos.

Ao observar a idade gestacional percebe-se predomínio no diagnóstico ao 3º trimestre (48,33%), o que remete ao momento tardio em que as gestantes procuram um atendimento, evidenciando baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante. A atenção adequada do pré-natal é uma ferramenta importante, pois nela estão presentes ações que se destacam na captação oportuna da gestante, acompanhamento da gravidez, solicitação de exame VDRL na primeira consulta e de mais um próximo à 28ª semana gestacional.⁵

A maior parte das gestantes (90%) realizou pré-natal, dado relevante por este incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Entretanto, avaliações sobre a qualidade do pré-natal têm apontado resultados insatisfatórios, sugerindo que as gestantes não realizaram o acompanhamento adequado.¹² Tal fato é evidenciado pelo número de casos de sífilis congênita refletindo deficiências na assistência oferecida às gestantes.¹³

Ao avaliar os dados referentes à idade da criança estes denotam número considerável de transmissão vertical.

Quanto ao momento do diagnóstico da gestante com sífilis, 63,33% foram diagnosticadas durante o pré-natal, achado importante, pois o tratamento da gestante e dos seus parceiros deve ser feito precocemente.²³ Verificou-se que em apenas 6,66% dos casos houve esquema terapêutico adequado reforçando a persistência da incidência da sífilis congênita, em consonância com outros estudos.²¹

No que se refere ao tratamento do parceiro, nota-se adesão apenas de 10%. Dados da literatura¹⁵ evidenciam que, parceiros sexuais muitas das vezes não são tratados, ou tratados de forma inadequada, porém continuam sua vida sexual sem preservativos não interrompendo o ciclo de transmissão da doença.

Conclusão

Mediante este estudo, observou-se predomínio de mulheres com idade entre 20 e 29 anos e número considerável de casos entre adolescentes de 15 a 19 anos, ambas tendo proporcionalidade de raça branca e parda, com escolaridade menor que oito anos.

Os dados apontaram que as mulheres do estudo iniciaram a atividade sexual precocemente, sem o uso de preservativos. Foi observado também que a maior parte destas gestantes acometidas pela sífilis realizou o pré-natal, porém, teve tratamento inadequado contra a doença.

A maior parte dos neonatos foram diagnosticados com a doença com menos de sete dias de vida. Os parceiros não participaram do tratamento, demonstrando, portanto, falta de informação, e reforçando assim, o ciclo da transmissão por reinfecção.

Diante deste cenário, vale ressaltar que a sífilis é uma doença que tem cura, podendo ser controlada e até mesmo erradicada através do uso de preservativo, rastreamento das DST, como por exemplo, a realização de testes sorológicos em mulheres sexualmente ativas e em seus parceiros, além da assistência ao pré-natal de forma adequada.

Referências

1. ANCOSTA, Lisiane M.W.; GONCALVES, Tonantzin Ribeiro; BARCELLOS, Nêmorea Tregnago. Coinfecção HIV/Sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Revista Panam Salud Publica**. v.40, n.6.2016. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892016001200435&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 15 out. 2017.
2. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Centro de controle de doenças programa estadual de DST/AIDS.CENTRO DE REFERENCIA E TREINAMENTO DST/Aids. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**.n1, ed1. 52p. Brasília, 2016. Disponível em:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf. Acesso em: 06 . Mai. 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: v. 2, n 1. ed. atual. Brasília :2017. Disponível em: http://www.hc.ufu.br/sites/default/files/tmp//volume_2_guia_de_vigilancia_em_saude_2017.pdf. Acesso em 20 out.2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos municípios Brasileiros**. 2016. Disponível em: < <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 09. Mar. 2017.
5. CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p.287-294, jun. 2014. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000200010>. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742014000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: out. 2017.
6. CHINAZZO, Luciana Korf; LEON,Cristiano Amaral. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. **Portal Científico de Pediatria. Rio Grande do Sul**. v. 4, n.66-68, 2015. Disponível em: <www.sprs.com.br/pdf>. Acesso em: 23 set.2017.
7. COSTA, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, V.47, n.1, 2010.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100019>. Acesso em 02 out. 2017.
8. COSTA, Camila Chaves, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da**

Disponível em:

<http://eixostech.pas.ifsuldeminas.edu.br/ojs>

USP.SãoPaulo,V.47,n.1,2012.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100019>. Acesso em 02 out. 2017.

9. CUNHA, Melissa Gonçalves Dalessi; CALVI, Thaís. **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS PRÉ-NATAL E CONGÊNITA**. n. 1460, América, 2015. Disponível em:<www.aplicacao.vestibularfam.com.br:881/pergamumweb/vinculos/000000/00000043.pdf>. Acesso em: 05. Abri. 2017.

10. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**.v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf> > Acesso em: 05. Abr. 2017.

11. FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antonio, et al. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. **DST - J Bras Doenças Sex Transm**, Campo Grande, v. 1, n. 24, 2012. Disponível em: <www.dst.uff.br/.../9.Sifilis%20e%20Gestacao>. Acesso em: 27 out. 2017.

12. FONSECA, Sandra Costa; KALE, Pauline Lorena; SILVA, Katia Silvera. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.15, n. 2. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 30. Out. 2017.

13. GALATORIE, Pamela Sue Aranibar; ROSSO, José Antônio; SAKAE, Thiago Mamôru. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Arquivo Catarinense de Medicina, Santa Catarina**, v. 41, n. 2 2012. Disponível em: > <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

14. MAGALHAES, Daniela Mendes do Santos. **Fatores sócio-demográficos e antecedentes obstétricos relacionados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal**. Brasília 2011. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/99203>>. Acesso em 27 out. 2017.

15. MALVEZZI, Célia Maria; SANTANA, Rosiele de Oliveira. **Ações de controle da sífilis gestacional**. 2015. Disponível em: <<http://www.unilago.edu.br/revista/edicaoatual/Sumario/2016/downloads/4.pdf>>. Acesso em 29 set. 2017.

16. MARTINS, Keila Maria Carvalho. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis**. n.09-68, Sobral, 2014. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf >. Acesso em: 30. Out . 2017.

17. MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Infecção pelo HIV e Aids Hepatites Virais Sífilis Adquirida e em Gestantes Sífilis Congênita** .v.2, n. 11-222, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sifilis>>. Acesso em: 30. Mar. 2017.

18. NERY, J.A.da C.; SILVEIRA, L. K. C. B.; OLIVEIRA, F. L. As diversas apresentações da sífilis secundária. Relato de casos. **Revista Brasileira de Clínica Medica**. São Paulo, n.500-502, 2012. Disponível em: <www.files.bvs.br/pdf>. Acesso em: 15 out. 2017

19. PINTO, Miguel et al. Carga treponémica em amostras biológicas correspondentes a diferentes fases clínicas de sífilis. **Boletim Epidemiológico Observações**. v.5, p.1518,20. Disponível em:<http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3698/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N15_2016_artigo5.pdf>. Acesso em: 02. Abr. 2017.

20. PIRES, et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais Fatores relacionados aos índices de Transmissão da doença no Brasil Da atualidade - revisão de literatura. **RevistaUNINGÁReview**.v.19,n.1,2014.Disponívelem:<https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140630_161256.pdf>. Acesso em 22 set. 2017.

21. REZENDE, Ellen Márcia Alves; BARBOSA, Nelson Bezerra. A SÍFILIS CONGÊNITA COMO INDICADOR DA ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL NO ESTADO DE GOIÁS. **Rev. Aps**, Juíz de Fora, v. 18, n. 2, p.220-232, jun. 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2421/881>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

22. SANTOS, Gabriel Zanotto; TERRA, Márcia Regina. **Sífilis e seus diferentes estágios infecciosos**.p.110,2017.Disponívelem:<https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_47_1486421703.pdf> Acesso em: 02. Abr. 2017.

23. SANTOS, Simone Correia, GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira. Detecção Precoce da Sífilis no Pré-Natal. **Escola de Medicina e Saúde Pública**. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Documents/Artigo%20Discuss%C3%A3o/Simone%20Correia%20Dos%20Santos.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2017.

24. SILVA, Ana Carolina Zschornak da; BONAFÉ, Simone Martins. **SÍFILIS: UMA ABORDAGEM GERAL**. 2012.Disponívelem:<http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/ana_carolina_zschornak_da_silva.pdf>. Acesso em: 25 set 2017.

25. SONDA, Eduardo Chaida et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**.v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022>> Acesso em: 09. Mai.2017.

26. SOUZA, Warlei Nunes; BENITO, Linconl Agudo Oliveira. **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014.** v.1,n.97102,Brasília,2015.Disponívelem:<www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/yahoo/pdf>. Acesso em: 28. Out. 2017.

27. VACCARI, Alessandra. **Epidemiologia, clínica e evolução de recém-nascidos com sífilis congênita. 2011.** 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde da Criança, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em:<<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4721>>. Acesso em: 20 set. 2017.