



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATOLOGIA**

**FERNANDA PAPTERRA AFONSO DE CARVALHO**

**SUANNE MACÊDO DE MENDONÇA**

**INCIDÊNCIA DE SIFÍLIS CONGÊNITA NO BRASIL**

Salvador – Bahia

2019

**FERNANDA PAPTERRA AFONSO DE CARVALHO**  
**SUANNE MACÊDO DE MENDONÇA**

## **INCIDÊNCIA DE SIFÍLIS CONGÊNITA NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-graduações Lato Sensu em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia apresentada a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Carolina Pedroza de Carvalho Garcia.

Salvador – Bahia

2019

## RESUMO

A sífilis é uma doença que vem afetando um número elevado de gestantes de forma mundial. Consegue-se estimar que, em 2008, por volta de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis na forma ativa, e dessas, mais de 500 mil apresentaram problemas na gestação tais como: perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, recém-nascidos prematuros, recém-natos infectados e até óbitos neonatais(1). Na América Latina e Caribe, calcula-se que anualmente, entre 166.000 e 344.000 crianças já nasçam com a doença(2). Os objetivos do estudo são: geral: Estimar a incidência de sífilis congênita no Brasil no período de 2006 a 2015 e específicos: Identificar as taxas incidência de sífilis congênita por regiões brasileiras e identificar o perfil dos casos de sífilis congênita ao longo do período citado. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, do tipo transversal, cujos os dados foram obtidos por meio de consulta ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população do estudo foi constituída por todos os recém-nascidos, com sífilis congênita nascidos no Brasil, durante o período de 2006 a 2015. As taxas de incidência de sífilis congênita geral variaram ao longo dos anos entre o mínimo de 2,3 no ano de 2007 e o máximo de 13,1 no ano de 2016. Isso reflete uma tendência crescente para o Brasil ao longo dos anos. A partir do quadro epidemiológico brasileiro, a diminuição da sífilis congênita ainda é um desafio para os serviços de saúde, a sociedade e o governo. Para diminuir essas taxas é essencial a intervenção nos diversos fatores que afetam a sífilis congênita.

**Palavras-chave:** sífilis congênita, incidência, epidemiologia.

## **ABSTRACT**

Syphilis is a disease that has been affecting a large number of pregnant globally. It is estimated that, in 2008, around 1.36 million pregnant presented syphilis in the active form, and of these, more than 500 thousand presented problems in pregnancy such as: fetal losses with 22 or more gestational weeks, preterm newborns, infected newborns and even neonatal deaths(1). In Latin America and the Caribbean, it is estimated that between 166,000 and 344,000 children are born each year with the disease(2). To estimate the incidence of congenital syphilis in Brazil from 2006 to 2015; To identify the incidence rates of congenital syphilis in Brazilian regions and to identify the profile of congenital syphilis cases during the mentioned period. An observational, cross-sectional epidemiological study was carried out by the Information System on Live Births (SINASC), made available by the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The study population consisted of all newborns with congenital syphilis born in Brazil during the period from 2006 to 2015. Incidence rates of general congenital syphilis varied over the years from a minimum of 2.3 in the year in 2007 and a maximum of 13.1 in 2016. This reflects a growing trend for Brazil over the years. From the Brazilian epidemiological context, the reduction of congenital syphilis is still a challenge for health services, society and government. To reduce these rates intervention on the various factors that affect congenital syphilis is essential.

**Key words:** Syphilis Congenital, incidence, epidemiology.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. RACIOCÍNIO TEÓRICO	7
3. METODOLOGIA	9
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
5. CONCLUSÃO	15
6. REFERÊNCIA	16

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença que vem afetando um número elevado de gestantes de forma mundial. Consegue-se estimar que, em 2008, por volta de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis na forma ativa, e dessas, mais de 500 mil apresentaram problemas na gestação tais como: perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, recém-nascidos prematuros, recém-natos infectados e até óbitos neonatais(1). Na América Latina e Caribe, calcula-se que anualmente, entre 166.000 e 344.000 crianças já nasçam com a doença(2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (3), em sua publicação afirma que a sífilis, apesar de apresentar medidas de prevenção e tratamento eficazes, bem reconhecidos, com baixo custo, viáveis, e estarem disponíveis há muitos anos, ainda continua sendo um problema mundial de saúde pública que afeta todos os anos cerca de 12 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, calcula-se que a prevalência média da sífilis em gestantes varia de 1,4% e 2,8%, e possui uma taxa de transmissão vertical de 25%(4).

Nos últimos cinco anos, no Brasil, vem crescendo o número de casos de sífilis, que é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida predominantemente por via sexual. Quando não tratada, alterna entre períodos assintomáticos e sintomáticos, e é dividida em três fases: sífilis primária, secundária e terciária(2,5,6).

A transmissão vertical acontece como resultado da disseminação hematogênica por via transplacentária do *T. pallidum* quando a gestante não é tratada ou quando tratada inadequadamente. Pode ocorrer em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença na mãe, quanto mais avançada a doença materna menor as chances da transmissão vertical, pois a concentração de espiroquetas no sangue materno cai lentamente após dois anos de infecção. Acontecendo a transmissão vertical, a gestação pode evoluir com abortamento, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, infecção ou doença no recém-nascido, natimorto ou óbito perinatal(2,3,5,6).

Esse aumento constante do número de casos de sífilis, no Brasil, pode acontecer, em parte, pela ampliação da cobertura de testagem, com a introdução dos testes rápidos,

diminuição do uso de preservativo pela população, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros(7).

Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados. A sífilis, nas formas congênita e na gestante, é um agravo de notificação compulsória. Se não for realizada confere infração à legislação de saúde, porém a subnotificação ainda é frequente, como verificado em alguns estudos realizados. Há um aprimoramento no sistema de vigilância em saúde que reflete um aumento dos casos notificados, mas muitas vezes o sistema de informação pode não ter um valor real, por causa dessas subnotificações(7).

A aproximação e interesse pelo tema ocorreu através de busca na literatura acerca do assunto, por se tratar de um problema atual, que gera muitos impactos para a saúde pública e que poderiam ser prevenidos. Nesse contexto, tal estudo justifica-se por contribuir para estimativa das taxas de incidência de sífilis congênita no Brasil entre o período de 2006 a 2015 e identificação de como essas taxas variam entre as regiões brasileiras no período citado.

O período escolhido justifica-se pela implementação da portaria nº 156/GM de 19 de janeiro de 2006 em que resolve determinar a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e em outras unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a fim de promover a ampliação do acesso para a população que necessita de tratamento da sífilis.

Diante do exposto, o presente estudo tem como pergunta investigadora: Quais as taxas de incidência de sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2006 a 2015? Como objetivo geral: estimar a incidência de sífilis congênita no Brasil no período de 2006 a 2015 e como objetivos específicos: identificar as taxas incidência de sífilis congênita por regiões brasileiras e identificar o perfil dos casos de sífilis congênita ao longo do período citado.

## **2. RACIONAL TEÓRICO**

Anualmente, ocorrem aproximadamente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, sendo que 90% deles acontecem nos países em

desenvolvimento. Acredita-se que a sífilis congênita seja responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo(4).

Observa-se, em nível mundial, que a sífilis é uma infecção reemergente, como apurado nos Estados Unidos da América e na Itália, enfatizando a necessidade de rastreamento de todas as gestantes durante o pré-natal e que ocorra seu tratamento no menor tempo possível, com o objetivo de conter a infecção congênita. Na América Latina, Ásia e África continua elevada sua incidência e seu foco está no controle através da assistência pré-natal. Região das Américas possui a segunda maior prevalência de sífilis em gestantes e o terceiro maior número de casos no mundo(7) .

O número de casos notificados de sífilis na gravidez no Brasil vem em um crescente anual. Em 2013, houve um número de notificações de 21.382 desses casos, e obtiveram uma taxa de detecção de 7,4 por mil nascidos vivos. Alguns estudos nacionais fazem uma estimativa de prevalência de sífilis na gestação em torno de 1%, o que seria equivalente a 30 mil casos por ano(8).

Apesar da sífilis congênita e gestacional, no Brasil, serem agravos de notificação compulsória a partir de 1986 e 2005, respectivamente, sabe-se que somente 32% dos casos de sífilis na gestante e 17,4% de sífilis congênita são notificados(9). Os registros de sífilis congênita no Brasil continuam a crescer, o que reflete uma melhora no sistema de notificação, e uma manutenção da transmissão vertical da doença(4).

A sífilis congênita é considerada um evento sentinela que monitora a qualidade da assistência da Atenção Básica, já que pode ser evitado por ações eficazes e sua notificação é obrigatória, sua ocorrência é um sinal de que há falhas na assistência prestada a mulher(1,10).

O número de casos notificados tem relação com a capacidade de intervenção dos serviços para diminuir a transmissão vertical, fazendo o diagnóstico e o tratamento adequado para as gestantes e seus parceiros, e com a capacidade de identificar e notificar os casos de sífilis congênita.

Dessa forma, um valor baixo de casos de sífilis congênita não indica necessariamente um programa adequado de controle da transmissão vertical, visto que os casos de sífilis congênita podem estar acontecendo, porém não serem notificados. Já um número alto de casos aponta deficiências na assistência, através de oportunidades



perdas de controle e intervenção, reflete a baixa qualidade do pré-natal e/ou o descaso que a maioria dos profissionais de saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, sobretudo na gravidez(11). De acordo com Brito e Ferreira(12), a prevenção da sífilis congênita só se torna eficaz com um acompanhamento pré-natal de qualidade, através dele que acontece a identificação de gestantes infectadas e a partir desse ponto instituir tratamento correto tanto para a gestante como para o seu parceiro.

Araújo et.al(10), aponta como falha na qualidade de atendimento a gestante com sífilis, a dificuldade na administração da penicilina, droga de melhor custo/benefício no tratamento da sífilis, nas Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais justificam a não administração da penicilina, pela falta de condições técnicas de manejo das reações anafiláticas.

Para Domingues et. al(1) uma das dificuldades na redução da incidência é o não tratamento dos parceiros. Incluir esses parceiros no pré-natal é uma estratégia para o entendimento do problema, que é determinante para o tratamento e cura dessa gestante(13).

Manter os profissionais de saúde atualizados para atender essas gestantes, é a base para que se tenha uma gestação, parto e puerpério de sucesso. Sendo necessário que esse profissional identifique os riscos e se fazendo necessário encaminhar essa gestante para uma pré-natal de alta complexidade(12). Lazarini e Barbosa(14) confirmam em a importância da atualização da equipe de saúde, em seu estudo, evidenciou-se que os profissionais de saúde tinham conhecimento insuficiente das medidas corretas de prevenção e controle da sífilis.

Vianna et.al(13) traz que também é preciso que a equipe incorpore o conceito de saúde ampliada, que considera a pessoa como um ser biopsicossocial, às práticas de cuidado a gestante e na acessibilidade aos serviços. Isso faz com que a equipe e a gestante construam um vínculo, que é de extrema importância para a adesão ao tratamento.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, do tipo transversal, cujos os dados foram obtidos por meio de consulta ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A população do estudo foi constituída por todos os recém-nascidos, com sífilis congênita nascidos no Brasil, durante o período de 2006 a 2015.

As taxas de incidências por ano e cumulativa foram calculadas utilizando a seguinte fórmula:

$$Taxa = \frac{n^{\circ} \text{ de recém nascidos com sífilis congêntia em determinado local e período}}{n^{\circ} \text{ de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 1000$$

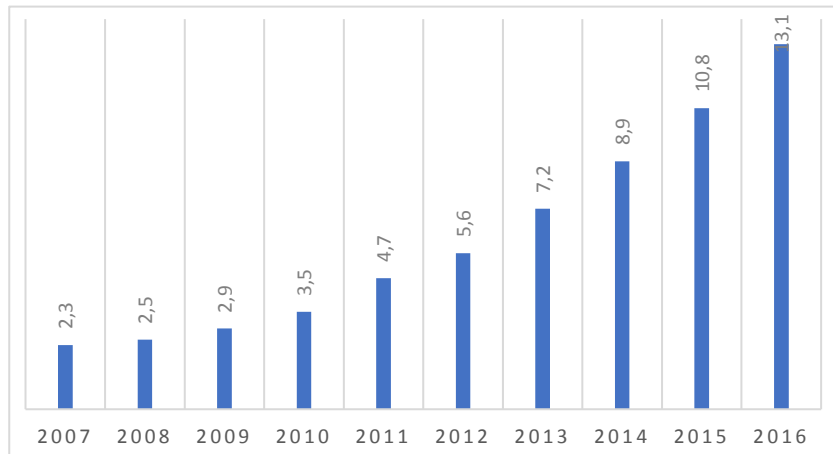
Posteriormente, as taxas de incidência foram estratificadas por região do país. As mesmas taxas foram distribuídas pelas variáveis maternas: sociodemográficas (idade, escolaridade e raça/cor) e clínicas (tipo de parto e número de consultas de pré-natal).

A análise estatística dos dados quantitativos foi descritiva. Os dados coletados foram registrados em números relativos, percentuais, processados eletronicamente, em planilhas dinâmicas no Software Microsoft EXCEL 2010 e apresentados em gráficos.

### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por dia no mundo, a OMS, estima que surja cerca de 1 milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Dentre essas infecções, a Sífilis, afeta 1 milhão de gestantes por ano(2).

Gráfico 1: Incidência de sífilis congênita no Brasil no período de 2007 a 2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais(2018).

A incidência de sífilis congênita varia ao longo dos anos entre o mínimo de 2,3 em 2007 e o máximo de 13,1 em 2016. De acordo com o gráfico 1, isso reflete uma tendência crescente para o Brasil, ao longo dos anos.

O Ministério da Saúde adotou a meta da Organização Mundial da Saúde, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde, que traz como objetivo a eliminação da sífilis congênita, o que significa ter uma ocorrência de no máximo 0,5 casos de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos. A incidência mais recente de sífilis congênita encontrada nesse estudo apresenta valores superiores a 20 vezes a meta proposta por estas instituições(8).

Lima et. al.(9) apontam que muitos estudos trazem algumas teorias para o aumento dessas taxas, dentre elas está a melhoria na qualidade dos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, que podem ser verificado por alguns fatores, tais como: a alteração na definição de caso de sífilis congênita que aconteceu em 2004; a obrigatoriedade da realização do teste não treponêmico no momento do parto, condição para que os hospitais recebam o pagamento pelos cuidados prestados pelos hospitais do SUS e a ampliação na frequência tanto do diagnóstico, quanto do notificação da sífilis gestacional e congênita.

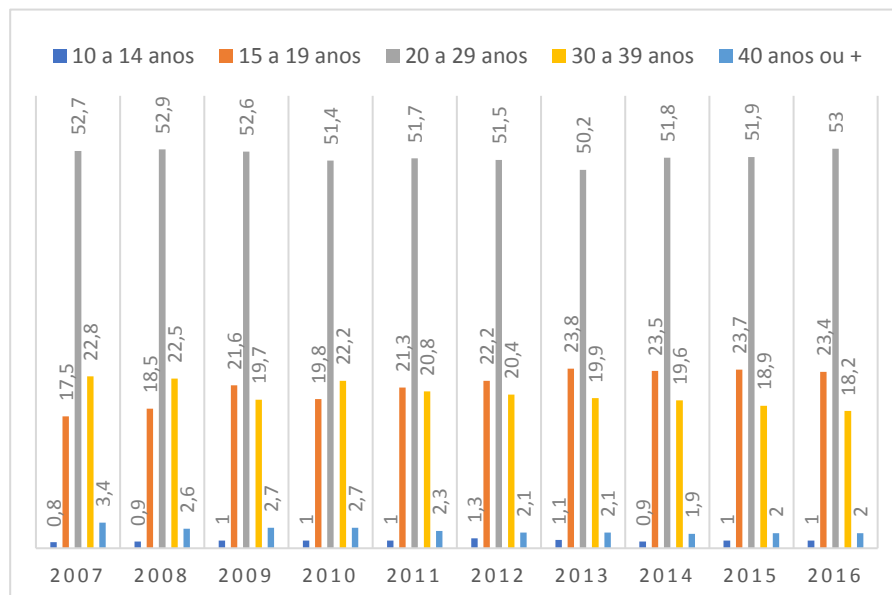
Porém, estudos apresentados por Lima et. al.(9) levantam uma hipótese de que os valores encontrados sejam reais, levando em conta as falhas na assistência pré-natal que é fornecida às gestantes. Sugere-se que a realização do pré-natal não esteja

sendo efetiva para diagnosticar a sífilis em vários casos, dessa forma havendo uma baixa detecção da sífilis congênita no decorrer do pré-natal.

O Brasil, em 2006, lança a Portaria nº 156/GM de 19 de janeiro, dispondo sobre o uso da penicilina nas unidades de atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, a Portaria nº 3.161 de 27 de dezembro revoga a portaria nº 156. Essa nova portaria dispõe sobre o uso de penicilina nas unidades de atenção básica.

O caderno número 32 do Ministério da Saúde recomenda que já no primeiro atendimento a essa gestante seja realizado o teste de triagem para sífilis, além da realização do VDRL no primeiro e terceiro trimestre de gestação. Porém apesar de ser um exame relativamente barato ainda assim muitas vezes não é realizado conforme preconizado pelo ministério da saúde, o que pode acarretar a mais casos que não são diagnosticados ao longo da gestação, levando prejuízo aos recém-nascidos(15).

Gráfico 2: Casos de sífilis congênita por idade materna no período de 2007 a 2016.



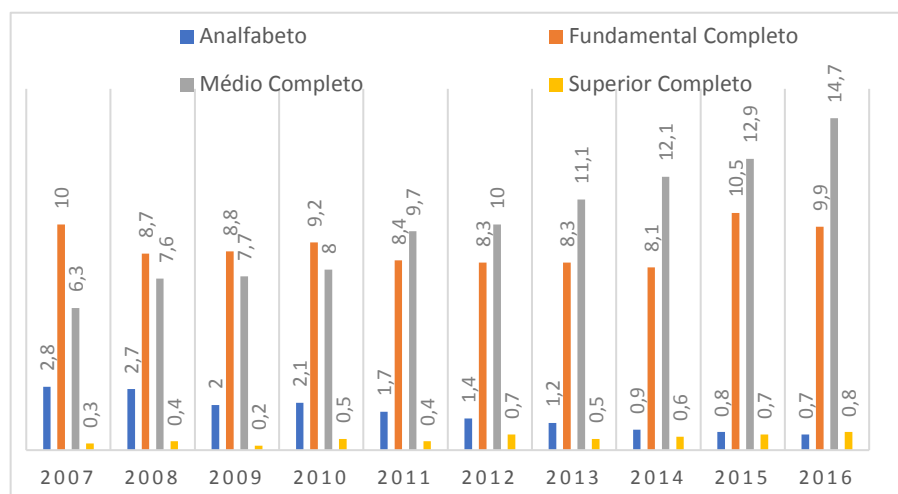
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2018).

Observando o gráfico 2 podemos sugerir um maior número de casos entre as mulheres jovens na faixa etária de 20 a 29 anos ao longo de todos os anos, seguido de, nos anos de 2007, 2008 e 2010 por mulheres de 30 a 39 anos, porém em 2009, e

a partir de 2011 houve uma inversão, onde adolescentes de 15 a 19 anos seguiram em 2º lugar, seguidos por uma pequena diferença para as mulheres de 30 a 39 anos. A faixa etária de meninas de 10 a 14 anos aponta menores números.

A maior incidência de casos entre as mulheres de 20 a 29 anos é justificada, pois esta é a faixa etária que está na fase reprodutiva, acontecendo um maior número de gestações nesse período, isso confirma outros estudos realizados em outras cidades brasileiras(11).

Gráfico 3: Casos de sífilis congênita segundo escolaridade materna no período de 2007 a 2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais (2018).

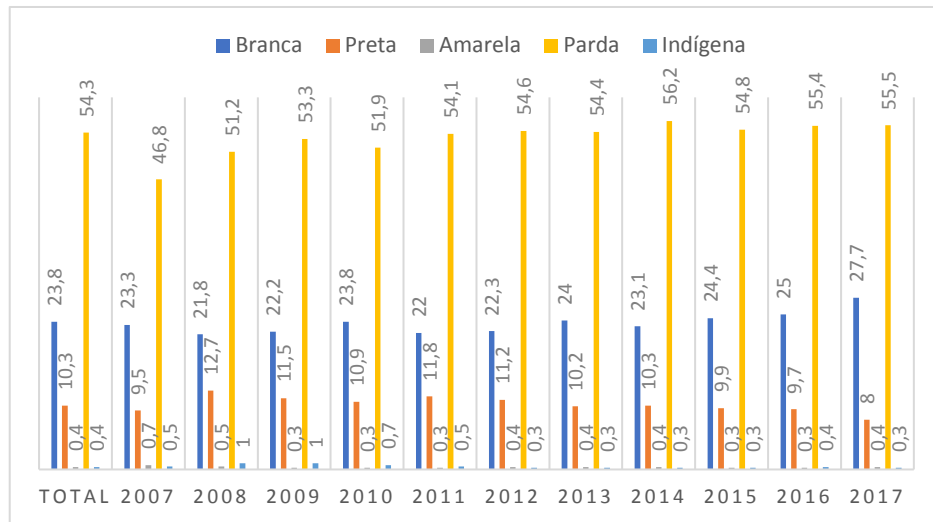
Observa-se no gráfico 3 que os maiores casos de sífilis congênita estão, até o ano de 2010, na população apenas com o ensino fundamental completo, seguido da população com ensino médio completo. Nota-se que há uma inversão nesse padrão a partir de 2011, onde o ensino médio apresenta-se com os maiores casos, sendo seguido pelo fundamental completo. Ainda pode-se perceber que os valores tanto dos analfabetos, quanto os com nível superior mantêm-se em baixa, quando comparado com os outros.

A sífilis congênita tem sido relacionada com a escolaridade materna, embora fique perceptível que não está restrito às camadas menos favorecidas. Esses resultados trazem à tona alguns marcadores importantes sobre o acesso aos serviços de saúde para as pessoas com menos escolaridade (16).

Um fator preocupante foi a incidência de casos de sífilis congênita em bebês que possuem mães com uma escolaridade de regular a boa, pois acredita-se que essa

população seja mais esclarecida sobre a importância do pré-natal, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, e tenham mais acesso aos programas de saúde(11).

Gráfico 4: Casos de sífilis congênita segundo raça/cor materna no período de 2007 a 2016.



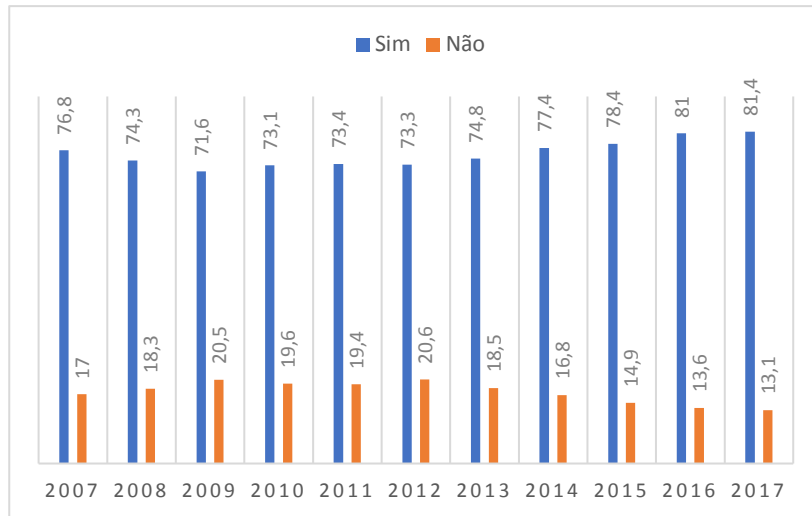
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2018).

De acordo com o gráfico 4, a grande maioria dos casos de sífilis congênita se apresentavam em mulheres que se consideravam pardas, resultado este que perpassa todo o período de coleta. Seguido por mulheres brancas e pretas em números bem menores e uma quantidade ínfima de casos na raça/cor amarela e indígena.

Estudo realizado em Belo Horizonte que visou estudar a incidência e fatores associados à sífilis congênita em recém-nascidos de gestantes com sífilis atendidas nas unidades de atenção básica da cidade, revelou que 72,9% se autodeclararam não-brancas(17).

No estudo de Moreira et.al(18) 70,7% das mães de crianças com sífilis congênita se autodeclararam pardas. Os autores trazem que pelo fato do Brasil ser um país miscigenado, a maior parte da população se autodeclara pardas.

Gráfico 5: Casos de sífilis congênita segundo realização do pré-natal no período de 2007 a 2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2018).

O acompanhamento pré-natal é fundamental para que a saúde da mulher e do bebê sejam preservadas por meio da prevenção e detecção precoce e tratamento de doenças, por exemplo, a sífilis. O não acompanhamento de pré-natal é considerado principal fator de risco para sífilis congênita, além de profissionais pouco capacitados, número insuficiente de profissionais na atenção básica e falta de estrutura das unidades(19).

O Ministério da Saúde, através do caderno número 32 de 2012, recomenda que o pré-natal seja iniciado até a 12ª semana de gestação e que nesse primeiro contato seja realizado o teste rápido para sífilis e outras sorologias. Além de repetir as sorologias no 1ª trimestre e 3ª trimestre de gestação, assim fica mais fácil de detectar algum problema e assim iniciar o tratamento o mais precoce possível(20).

Pode-se observar no gráfico 5 que em todos os anos, mais de 71% das mulheres realizaram pré-natal, mas isso não evitou a sífilis congênita. Succi et.al(19) em seu estudo aponta possíveis causas que justifiquem esses dados, alguns profissionais apontaram a indisponibilidade temporária da penicilina para o tratamento dessas gestantes, resistência das mulheres ao tratamento por achá-lo doloroso. Os autores ainda trazem que algumas gestantes abandonam o tratamento e apontam a necessidade de o parceiro aderir ao tratamento.

Domingues e Leal(8) também apontam falhas na assistência pré-natal, em âmbito mundial, cerca de 80% de gestantes com sífilis tiveram acesso ao pré-natal e delas 66% não foram testadas ou não foram tratadas para sífilis. Mais de 95% das gestantes, no Brasil, são assistidas no pré-natal, mas as taxas de sífilis congênita e transmissão vertical ainda continuam altas. Isso evidencia a baixa qualidade da assistência prestada a essas mulheres. Já para Campos et.al(4) 90% das gestantes são atendidas por profissionais qualificados, mas que ainda assim não é suficiente para o controle de vários agravos.

O Ministério da Saúde com a finalidade de redução dessas taxas adotaram estratégias como testes rápidos para diagnóstico de gravidez com objetivo de captação precoce, testes rápidos para detecção de sífilis e HIV, aplicação da penicilina na gestante e no seu parceiro na atenção básica e implantação de comitês para investigação de transmissão vertical de sífilis, HIV e hepatites B e C para subsidiar intervenções com finalidade da erradicação desses agravos(8).

## **5. CONCLUSÃO**

A partir dos resultados obtidos nessa pesquisa, de acordo com os artigos estudados, e tendo em vista o quadro epidemiológico brasileiro, percebe-se que a redução da sífilis congênita ainda é um desafio importante para o governo, serviços de saúde e sociedade, pois representa um reflexo direto das iniquidades sociais e da escassez dos serviços de saúde de qualidade.

É notável, através das pesquisas e dos achados, que existem diferenças na distribuição e no acesso à saúde no País, estas sinalizam a necessidade da criação de políticas públicas de estado que tenham como objetivo a diminuição das desigualdades, melhorando dessa forma o acesso da população aos serviços de saúde, o que levará ao aumento da acessibilidade aos serviços, garantindo a equidade na distribuição entre a sociedade e promoção à saúde.

A intervenção nos fatores que estão ligados a sífilis congênita se faz de fundamental importância para que a diminuição das taxas de incidência de sífilis congênita seja alcançada. Abarcando fatores econômicos, assistenciais e sociais, dando um enfoque



maior na atenção básica, porém não esquecendo a alta complexidade, para que o público materno-infantil tenha um atendimento de forma integral.

Uma limitação desse estudo se dá, pois, os resultados podem não ser tão fidedignos, diante da possibilidade de subnotificação, através disso os números de casos que alimentam o sistema de informação não representam a realidade. Chama-se atenção sobre a importância da sensibilização dos profissionais de saúde com relação à subnotificação, visto que a sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, e como tal devia ser realizado para todo caso que acontecesse, para que dessa forma obtivessem dados mais completos e fidedignos, a fim de que a partir deles, fossem tomadas medidas mais efetivas.

Ao longo da pesquisa foi possível observar lacunas na produção científica no que se refere a estratificação por raça/cor materna e por idade materna, o que revela a necessidade de mais estudos sobre a temática, principalmente com a vertente voltada para as estratificações supracitadas.

Conclui-se que para haver um combate efetivo à sífilis congênita, deve-se haver um investimento maior em políticas públicas, principalmente na atenção básica com vistas à promoção e prevenção desse agravo. O estudo traz um perfil crescente do agravo ao longo dos anos e indica a população de maior risco em diversos aspectos, podendo assim, contribuir para a implementação de estratégias para auxiliar o grupo mais vulnerável à sífilis congênita da sociedade.

## 6. REFERÊNCIA

1. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZM de A, Leal M do C. Sífilis - evento sentinela da qualidade do pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013;47(1):147–57.
2. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Sífilis 2017. Bol Epidemiológico [Internet]. 2017;48, n.36(2358–9450):41. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
3. World Health Organization. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf). Acesso em: 07/12/2017.
4. Campos AL de A, Araújo MAL, Melo SP de, Gonçalves MLC. Epidemiologia da

- sífilis gestacional em Fortaleza , Ceará , Brasil : um agravo sem controle  
Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza , Ceará State , Brazil : an uncontrolled disease. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1747–55.
5. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, Ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/04/ 2018.
  6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso Programa Nacional de DST/Aids*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
  7. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63–74.
  8. DOMINGUES RMSM, LEAL M do C. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(6):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
  9. Lima MG, Santos RFR dos, Barbosa GJA, Ribeiro G de S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Cien Saude Colet*. 2013;18(2):499–506.
  10. Araújo CL de, Shimizu HE, Sousa AIA de, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):479–86.
  11. Sousa DM do N, Freitas LV, Costa CC da, Chagas ACMA, Oliveira LL de, Lopes MV de O, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013;47(1):152–9.
  12. BRITO RS DE, FERREIRA AKDO. PREVENÇÃO DA SIFILIS CONGENITA EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE. *Rev RENE*. 2003;4:30–5.
  13. VIANNA, Paula Vilhena Carcevale *et.al*. Sífilis Congênita, um evento sentinela: Narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. *Revista UNIVAP*. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 23, n. 42, jul. 2017.
  14. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(0).
  15. BRASIL. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco - 2012. Ministério da Saúde Secr Atenção à Saúde Secr Dep Ações Programáticas Estratégicas Gestação Alto Risco Man Técnico [Internet]. 2012;183–5. Available from: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAfIiAAE/manual-tecnico-gestacao-alto-risco-5-ed-2012>
  16. Dias A. Sífilis materna e congênita : ainda um desafio Maternal and congenital syphilis : a persistent challenge Sífilis materna y congénita : un desafío. *Cad d saúde pública RJ*. 2013;29(6):1109–20.

17. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2016;24(4):681–94.
18. De Alencar LN, Moreira KFA, Pinheiro ADS, Orfão NH, De Oliveira DM, Cavalcante DFB. Perfil Dos Casos Notificados De Sífilis Congênita. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2).
19. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(6):986–92.
20. Brasil. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Cad. Atenção Básica N° 32). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. 2013. Available from: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)