

Sífilis materna: Análise de evidências referentes à falha no tratamento de gestantes

Maternal syphilis: Analysis of evidence regarding the failure to treat pregnant women

Leiliane Cristina de Aguiar¹ • Gisele Bezerra da Silva² • Joel Araujo dos Santos³
Cleison Bruno Machado Lima⁴ • Ludmila Oliveira Gonçalves⁵ • Marilyse de Oliveira Meneses⁶
Maria das Graças da Silva Machado⁷ • Kelson Lucas Bezerra de Albuquerque⁸

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências referentes à falha no tratamento da sífilis durante o período gestacional em mulheres atendidas em um hospital de referência em Parnaíba-PI. **Metodologia:** A amostra foi composta por 24 gestantes/puérperas admitidas no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde para trabalho de parto e que apresentaram VDRL reagente durante a internação. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um formulário estruturado. Após a coleta, os dados foram mensurados através de estatística descritiva. **Resultados:** Das 24 mulheres, 22 realizaram pré-natal e 12 apresentaram VDRL reagente. Entre as 12, 11 foram tratadas na gestação, mas somente 3 foram consideradas adequadamente tratadas. **Conclusão:** Uma assistência de pré-natal inadequada colabora para a ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis, o que pode resultar no aumento do número de casos da forma congênita. Sendo assim, é necessário novas estratégias que visem reduzir a transmissão vertical da sífilis.

Palavras-chaves: sífilis, sífilis congênita, assistência pré-natal, falha do tratamento.

ABSTRACT

Objective: To analyze the evidence regarding the failure to treat syphilis during the gestational period in women attending a referral hospital in Parnaíba-PI. **Method:** The sample consisted of 24 pregnant / puerperal women admitted to the Dirceu Arcoverde State Hospital for labor and who presented VDRL reagent during hospitalization. As a collection instrument, a structured form was used. After the data collection, the data were measured using descriptive statistics. **Results:** Of the 24 women, 22 underwent prenatal care and 12 presented VDRL reagent. Among the 12, 11 were treated in gestation, but only 3 were considered adequately treated. **Conclusion:** Inadequate prenatal care contributes to the occurrence of failures in the treatment of pregnant women with syphilis, which may result in an increase in the number of congenital cases. New strategies are needed to reduce vertical transmission of syphilis.

Keywords: syphilis, congenital syphilis, prenatal care, treatment failure.

NOTA

¹Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil. Pós-Graduada em Saúde Pública e Saúde da Família pelo Instituto Dexter – Desenvolvimento Humano: leili-phb@hotmail.com

²Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Evolução. Mestranda em Saúde da Mulher pela UFPI: gi-bezerra@hotmail.com

³Especialista em Docência do Ensino Superior e Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Mestrando em Saúde da Mulher pela UFPI. Professor Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí – UESPI: joel-enf@hotmail.com

⁴Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil. Especialista em Saúde da Família pela Uninovafapi: cleisonbruno@hotmail.com

⁵Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil: lud.enf@outlook.com

⁶Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil: marilyse_meneses@hotmail.com

⁷Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil: gracinha_13phb@hotmail.com

⁸Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil: klucas260892@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexual sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*⁽¹⁾. A sua transmissão pode ocorrer por via sexual ou vertical, na qual a forma de transmissão vertical resulta na sífilis congênita⁽²⁾. Suas manifestações clínicas vão depender do estágio da infecção, que se diferenciam dependendo do tempo de contágio⁽³⁾.

A doença apresenta três fases: primária, secundária e terciária, intercaladas por períodos de latência. Quando não tratada, pode comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal, sendo esta a forma mais grave⁽⁴⁾.

O seu diagnóstico é estabelecido principalmente por meio das provas sorológicas, que são divididas em testes treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA) e não treponêmicos (VDRL, RPR)⁽²⁾. O medicamento de preferência utilizado para o tratamento é a penicilina, sendo que a dose e a duração dependem da fase da infecção no paciente⁽⁵⁾. Tanto o diagnóstico quanto o tratamento podem ser executados com pouca ou nenhuma dificuldade de operação e com baixo custo⁽⁶⁾.

A sífilis faz parte do grupo de doenças infecciosas que necessitam ser investigadas durante o pré-natal e pertence à classe das ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) que mais preocupam os serviços de saúde, pois pode ser transmitida da mãe para o filho (a) durante a gestação⁽⁷⁾. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. A cada ano, aproximadamente 500 milhões de pessoas contraem uma das ISTs curáveis como a sífilis, clamídia, gonorreia e tricomoníase⁽⁸⁾.

O número de casos de sífilis no Brasil tem apresentado nos últimos anos um aumento considerável. Diante desse cenário, é importante que todos os profissionais de saúde fiquem atentos às suas manifestações clínicas para que possam realizar os testes diagnósticos e iniciar o tratamento o mais breve possível⁽⁴⁾.

Em virtude da necessidade de sistemas de vigilância mais eficientes e de um acompanhamento adequado do tratamento da sífilis durante a gestação, este trabalho justifica-se, uma vez que pretende analisar as possíveis falhas no tratamento das gestantes que tem contribuído para o aumento do número de casos de sífilis congênita. Espera-se com este estudo contribuir para a melhoria das ações executadas por profissionais da saúde na assistência pré-natal com relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis, proporcionando assim informações que contribuam para a quebra da cadeia de transmissão e principalmente para a prevenção da sífilis congênita.

O estudo teve como objetivo analisar as evidências referentes à falha no tratamento da sífilis durante o período gestacional em mulheres atendidas no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde no município de Parnaíba-PI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Município de Parnaíba, sendo o cenário do estudo o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. A instituição em questão foi escolhida por ser referência na região e por receber um grande número de mulheres em trabalho de parto ou com complicações durante a gravidez, além de atender outras especialidades clínicas.

A amostra foi composta por 24 gestantes ou puérperas (parto e/ou abortamento) admitidas no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde para trabalho de parto e que apresentaram VDRL reagente, realizado durante a internação hospitalar como protocolo da instituição e que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Às participantes menores de 18 anos foi solicitado ao seu responsável legal a assinatura do Termo de Assentimento.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2017. Como instrumento de coleta utilizou-se um formulário estruturado, aplicado logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de ética. O formulário foi dividido em duas partes, a primeira abordando aspectos de identificação da participante: idade, cor (branca, parda, amarela, preta e indígena) escolaridade (fundamental, médio, superior), estado civil (solteira, casada, relação estável), renda familiar (menor que 1 salário mínimo, 1 salário mínimo e acima de 1 salário mínimo) e local de procedência. A segunda parte do formulário teve como finalidade obter dados referentes ao acompanhamento e tratamento da sífilis na participante e no seu parceiro durante o pré-natal.

Os formulários foram preenchidos pela entrevistadora conforme as respostas das participantes, durante a internação das mulheres no local da pesquisa. Os mesmos foram respondidos de acordo com a disponibilidade de tempo das participantes e da entrevistadora, com total sigilo das informações coletadas. Além disso, também foram avaliadas as informações do cartão de pré-natal da gestante. Após a coleta, os dados foram mensurados através de estatística descritiva: média, mediana e percentagem e apresentados por meio de gráfico e tabelas.

Esta pesquisa foi desenvolvida após autorização da instituição responsável e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) sobre parecer 2.059.388 de 11 de maio de 2017. Durante todo o estudo foram respeitados a confidencialidade das informações e o anonimato, preservando a identidade das participantes da pesquisa.

RESULTADOS

No período de 2 meses de estudo, foram entrevistadas 24 gestantes ou puérperas (parto e/ou abortamento) que apresentaram VDRL reagente durante a internação.

Houve algumas perdas no decorrer da coleta de dados, três mulheres com VDRL reagente tiveram alta antes de serem entrevistadas e uma evadiu-se do hospital antes de receber o resultado do exame. A tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa.

A média de idade entre as participantes foi de 23,4 anos, variando de 16 a 33 anos. A maioria declarou-se de cor parda (79,1%), com predomínio do ensino fundamental (58,3%) e renda inferior a 1 salário mínimo (58,3%). Das 24 mulheres, 14 (58,3%) referiram ser procedentes do município de Parnaíba e as outras 10 (41,7%) de cidades próximas. A tabela 2 abordada a distribuição das mulheres entrevistadas em relação à assistência pré-natal.

Os antecedentes obstétricos mostraram que 58,3% das mulheres tinham histórico de menos de 3 gestações contando com a atual, o número de gestações entre as mulheres variou de 1 a 8 gestações.

Observou-se que 22 (91,6%) realizaram pré-natal. Entre

as 22 mulheres, 12 (54,5%) realizaram menos de seis consultas. Constatou-se ainda que entre as 22, somente 5 (22,7%) realizaram o exame de VDRL no 1^a e 3^a trimestre gestacional. Das mulheres que realizaram o exame de VDRL no pré-natal, 12 (63,1%) delas apresentaram resultado reagente.

Foi observado que entre as 12 mulheres com VDRL reagente, 11 (91,7%) realizaram tratamento. Das 11 mulheres tratadas, 5 (45,5%) finalizaram o tratamento antes do parto. Todas as mulheres que realizaram tratamento informaram que foram tratadas com penicilina benzatina (bezentacil).

A maioria das mulheres que foram tratadas na gestação tinha parceiro fixo, com exceção de uma que era solteira, sendo que 6 (60%) dos parceiros também foram tratados. Todos os parceiros que foram tratados com as gestantes finalizaram o tratamento. O gráfico 18 apresenta o acompanhamento das participantes da pesquisa, mostrando a distribuição das mulheres no decorrer da assistência de pré-natal até o final da gravidez.

TABELA 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres com VDRL reagente atendidas no HEDA, Parnaíba-Pi, 2017

Características Sociodemográficas	Nº	%
Idade		
11-20	9	37,5
21-30	13	54,1
31-40	2	8,3
TOTAL	24	100
Cor		
Branca	1	4,1
Parda	19	79,1
Amarela	0	0
Preta	4	16,7
Indígena	0	0
TOTAL	24	100
Escolaridade		
Fundamental	14	58,3
Médio	10	41,7
Superior	0	0
TOTAL	24	100
Estado civil		
Solteira	9	37,5
Casada	1	4,1
Relação estável	14	58,3
TOTAL	24	100
Renda		
< 1 salário mínimo	14	58,3
= 1 salário mínimo	10	41,7
> 1 salário mínimo	0	0
TOTAL	24	100
Cidade onde reside		
Parnaíba	14	58,3
Outra cidade	10	41,7
TOTAL	24	100

TABELA 2 – Distribuição das mulheres com VDRL reagente na assistência pré-natal, atendidas no HEDA, Parnaíba-Pi, 2017

Pré-natal	Nº	%
Nº de gestações		
< 3	14	58,3
= ou > de 3	10	41,7
TOTAL	24	100
Local onde realizou		
Posto de saúde	21	87,5
Clínica particular	01	4,1
Hospital	00	00
Não realizou pré-natal	02	8,3
TOTAL	24	100
Nº de consultas		
< 6 consultas	12	54,5
= ou > 6 consultas	10	45,5
TOTAL	22	100
Realização do exame de VDRL^a		
1 ^a , 2 ^a ou 3 ^a trimestre	14	63,6
1 ^a e 3 ^a trimestres	5	22,7
Não realizou	3	13,6
TOTAL	22	100
Resultado do exame de VDRL^a		
Reagente	12	63,1
Não-reagente	3	15,7
Inconclusivo	1	5,2
Não recebeu o resultado	3	15,7
TOTAL	19	100
Realização do tratamento		
Sim	11	91,7
Não	1	8,3
TOTAL	12	100
Tratamento finalizado antes do parto		
30 ou mais dias antes do parto	3	27,2
Menos de 30 dias antes do parto	2	18,1
Não finalizou antes do parto	6	54,5
TOTAL	11	100
Parceiros tratados		
Sim	6	60
Não	4	40
TOTAL	10	100

Nota: a)VDRL: Veneral Disease Research Laboratory.

Foram consideradas adequadamente tratadas na gestação apenas três mulheres, pois finalizaram o tratamento 30 dias antes do parto e seus parceiros foram tratados concomitantemente.

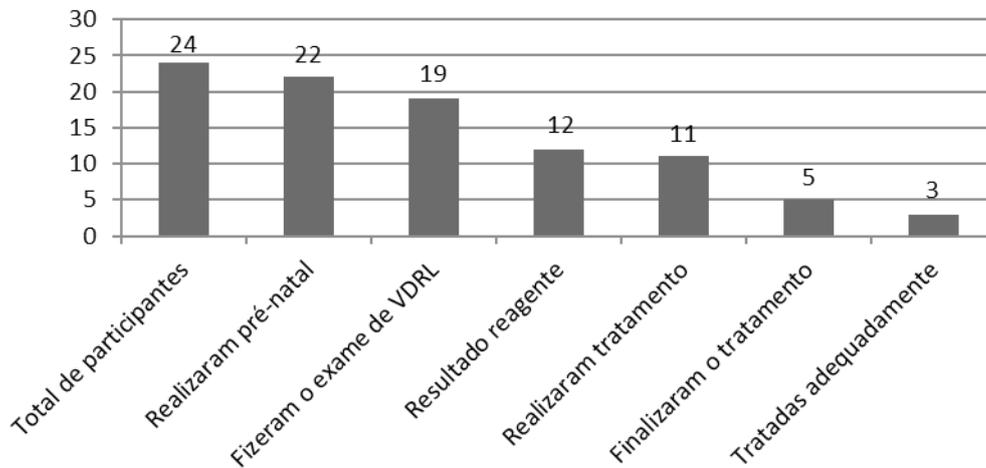
DISCUSSÃO

Os dados encontrados neste estudo mostraram maior ocorrência da sífilis gestacional em mulheres jovens e com baixa escolaridade. MESQUITA et al. No estudo realizado no estado do Ceará, constataram pre-

valência de sífilis gestacional em jovens com faixa etária de 20 a 29 anos de idade⁽⁷⁾. Há semelhança com outros trabalhos que também encontraram maior prevalência de sífilis na gestação nas mulheres jovens e com baixo nível de instrução⁽⁹⁻¹³⁾.

A baixa escolaridade está associada ao menor acesso a informação, a falta de conhecimento sobre a sífilis e outros tipos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como as medidas de prevenção e controle⁽¹⁴⁾. Os resultados encontrados neste estudo e de outros auto-

GRÁFICO 1 – Distribuição das mulheres com VDRL reagente durante a internação, no decorrer da assistência de pré-natal, atendidas no HEDA, Parnaíba-Pi, 2017



res indicam que a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico estão relacionados ao pouco acesso aos serviços de saúde.

15 (62,4%) das mulheres entrevistadas eram casadas ou mantinham relação estável com o parceiro, e 9 (37,5%) eram solteiras. Diferentes trabalhos têm demonstrado a relação do comportamento sexual com a presença da sífilis, HIV e outras ISTs em gestantes⁽¹⁵⁾. Souza, em seu estudo realizado no Rio de Janeiro, encontrou 5 vezes mais chance de coinfeção HIV/Sífilis em pessoas solteiras, quando comparadas as que eram casadas ou tinham parceiros fixos⁽¹⁶⁾. Esses dados indicam que a quantidade de parceiros é um fator de risco para contrair infecções sexualmente transmissíveis, assim como o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade.

No caso da sífilis, a transmissão por contato sexual está relacionada à fase da infecção, que declina com o passar do tempo, mesmo assim é possível ocorrer o contágio alguns anos após a lesão primária⁽⁸⁾, o que poderia explicar a presença da infecção entre as gestantes com parceiros fixos neste estudo. Outra explicação possível seria a infidelidade por parte dos parceiros ou das próprias mulheres.

Entre as mulheres entrevistadas, 2 não tinham realizado pré-natal. Rosa et al. encontraram relação da não realização do pré-natal com a baixa escolaridade, que foi considerada no estudo realizado sobre fatores associados à não realização de pré-natal, como uma das principais responsáveis na não utilização dos serviços de saúde de um modo geral⁽¹⁷⁾. Desde modo, a falta de comparecimento das duas mulheres do estudo na assistência de pré-natal pode estar relacionada ao baixo nível de instrução das mesmas.

No que diz respeito ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, apenas 10 (45,5%) rea-

lizaram seis ou mais consultas, revelando que a maior parte delas não atingiu a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de no mínimo seis consultas⁽⁶⁾. Um valor próximo foi encontrado por Campos et al. de 41,4% das gestantes que foram entrevistadas tinham realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal⁽¹⁰⁾.

Um número de consultas abaixo do recomendado pode inferir dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como também possível falta de interesse ou conhecimento por partes das mulheres acerca das ações que são desenvolvidas no pré-natal. Em virtude disso a atenção primária precisa desenvolver estratégias que facilitem o acesso dessas mulheres aos serviços que são disponibilizados durante a gestação e estimulem sua adesão ao pré-natal. A presença e a adesão da gestante desde o início da gestação, somando com uma assistência de qualidade, lhe proporcionam a oportunidade de receber informações importantes para uma gravidez sem complicações e orientações que lhe permitam proteger-se de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis⁽¹⁴⁾. Por isso é importante esse acompanhamento durante todo o período gestacional.

Mais da metade das mulheres do estudo não realizaram o rastreamento para sífilis de forma adequada no decorrer do período gestacional, pois somente 5 (22,7%) tinham realizado o exame de VDRL no 1^a e 3^a trimestre, conforme recomenda o Ministério da saúde. De acordo com o mesmo, o exame de VDRL deve ser realizado logo no início da assistência de pré-natal no primeiro trimestre, e repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto⁽¹⁸⁾. A realização dos exames de VDRL no início e no final da gestação tem como objetivo garantir o tratamento precoce da gestante com sífilis, a fim de evitar a sífilis congênita. Já o VDRL no momento do parto visa identificar reinfecções ou diagnosticar a infecção em gestantes não testadas anteriormente⁽¹⁹⁾.

Neste estudo, a porcentagem de mulheres que realizaram mais de um exame de VDRL no pré-natal foi próximo ao encontrado por Donalísio et al. no estudo realizado sobre a Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, onde 22,3% das mulheres tinham realizado pelo menos 2 exames de VDRL na gestação⁽²⁰⁾. Porém foi superior ao encontrado por Nascimento et al. no Rio de Janeiro, entre 2005 a 2008, onde nenhuma das gestantes foram submetidas a mais de um exame de VDRL durante o pré-natal⁽¹²⁾. Estes dados apontam falhas na prevenção da sífilis congênita, pois indica que não está ocorrendo o rastreamento da sífilis no período da assistência de pré-natal.

As 3 mulheres que apresentaram resultado no exame de VDRL não-reagente, realizaram o exame de VDRL no 1^a semestre gestacional, porém não repetiram o exame no 3^a trimestre, o que as impediu de receberem o tratamento antes do parto, caso o exame tivesse sido realizado no último trimestre com resultado reagente, o que diminuiria o risco de sífilis congênita. A realização da triagem sorológica durante o pré-natal é uma medida efetiva e de grande importância para a prevenção da sífilis congênita²¹.

Com relação ao tratamento dos parceiros das mulheres do estudo, 6 (60%) deles foram tratados concomitantemente. O Ministério da Saúde recomenda que os parceiros sejam tratados juntamente com a gestante durante o pré-natal⁽⁵⁾. Mesmo que a sífilis seja uma doença que possui recursos terapêuticos capazes de combater o agente causador, estudos revelam que uma das principais causas para sua disseminação é a não adesão dos parceiros sexuais ao tratamento^(10, 20, 22), o que justificaria o insucesso no tratamento de algumas gestantes neste estudo. Uma estratégia importante para a abordagem da sífilis na gestação seria a inclusão do parceiro no pré-natal, sendo decisiva para a cura eficaz da mãe e prevenção da sífilis congênita^(11, 23).

A persistência de titulação reagente no momento do

parto nas 3 mulheres que foram consideradas adequadamente tratadas pode ser atribuída a falhas não identificadas no tratamento da gestante ou do seu parceiro no decorrer do pré-natal. Embora três tenham realizado tratamento adequado destaca-se que esta informação foi baseada no depoimento das mesmas sem comprovação por escrito no cartão de pré-natal. A mulher com sífilis na gestação é considerada adequadamente tratada quando a mesma é medicada com penicilina nas doses apropriadas para a fase da infecção, o tratamento é realizado até 30 dias antes do parto e quando o seu parceiro é tratado simultaneamente⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que assistência de pré-natal prestada às mulheres na gestação não foi suficiente para prevenir a ocorrência da sífilis congênita. A garantia de acesso aos serviços de saúde durante o período gestacional, a qualidade da assistência ofertada no pré-natal e no momento parto é determinante para a redução do número de casos de sífilis congênita⁽⁶⁾.

Portanto, é necessário novas estratégias que visem reduzir a transmissão vertical da sífilis, como melhorar a organização dos serviços de saúde para que os mesmos possam atrair e acolher as mulheres o mais precocemente possível, ampliar o acesso aos exames de diagnóstico e de acompanhamento sorológico, oferecer treinamentos e capacitação continuada para os profissionais de saúde no manejo da gestante infectada, para que estes estejam preparados a realizar um pré-natal de qualidade, além da necessidade de investimentos por parte do governo em políticas públicas que fortaleçam as ações de promoção e prevenção da doença.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores agradecem a diretora do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde que autorizou a realização da pesquisa.

Não houve fonte de financiamento, a pesquisa foi desenvolvida com recursos próprios dos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais. Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis Congênita no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Junior WB, Shiratsu R, Pinto V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(2): 151-59.
3. Santos VC, Anjos KF. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. *Rev Saúde Pesquisa*. 2009 mai-ago; 2 (2): 257-263.
4. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. SÍFILIS: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 100p.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de boas práticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Mesquita KO, Lima GK, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. *Sanare*. 2012 jan-jun; 11(1): 13-17.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Araujo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*. 2008 jan-mar; 11 (1): p. 4-9.
10. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010 set; 26 (9): 1747-1755.
11. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013 jun; 29 (6): 1109-1120.
12. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRS, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2): 56-62.
13. Hildebrand VLPC. Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Auroca; 2010.
14. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDCG. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 out-dez; 24 (4): 681-694.
15. Miranda AE, Filho ER, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009 jul-ago; 42 (4): 386-391.
16. Souza, AP. Coinfecção HIV e sífilis: prevalência e fatores de risco [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
17. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (6): 977-984.
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional DST/AIDS. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007 jul-set; 16 (3): 165-173.
21. Phiske MM. Current trends in congenital syphilis. *Indian J Sex Transm Dis*. 2014 Jan-Jun; 35(1): 12-20.
22. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *Jornal brasileiro de DST*. 2007; 19 (3-4): 144-156.
23. Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. *Enferm foco*. 2011; 2 (2): 108-111.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: Manual de bolso. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.