Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS

Congenital syphilis: analysis of a hospital in the countryside of RS

Jéssica Chaves[1], Débora Cristina Haack Bassani[1], Bianca Ghignatti[2], Camila Braga Derlan[3], Janine Koepp[4], Lia Possuelo[5]

RESUMO

Introdução: A sífilis gestacional apresenta prevalência alta e é uma das principais causas de morte em recém-nascidos. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência de VDRL reagente no período gestacional ou na ocasião do parto em dois períodos distintos e realizar avaliação do perfil sócio-demográfico e epidemiológico das puérperas portadoras de sífilis. **Métodos:** Estudo de natureza descritiva, abordagem quantitativa exploratória, retrospectiva e comparativa, realizado através da revisão de prontuários de internação de um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** No período de dois anos de estudo, foi avaliado um total de 3508 prontuários de puérperas, dos quais 56 (1,6%) eram casos de VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal. Entre os casos de VDRL reagente, foram confirmados como SC 6 (25%) em 2012 e 25 casos (73,5%) em 2013. Com relação aos dados de feto morto, identificaram-se 6 (2,5%) em 2012 e 5 (1,4%) em 2013. **Conclusões:** O estudo indicou uma baixa prevalência de pacientes VDRL reagentes em relação aos dados estaduais e nacionais encontrados; no entanto, ainda há falhas de controle da sífilis congênita. A sífilis gestacional esteve associada à baixa escolaridade, ausência de parceiro e atividade do lar. Há necessidade de melhoria das informações registradas nos prontuários e nos cartões de gestantes.

UNITERMOS: Sífilis Congênita, Assistência Pré-Natal, Prevalência, Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: *Gestational syphilis is highly prevalent and is a leading cause of death in newborns. The aim of this study was to analyze the prevalence of positive VDRL during pregnancy or at birth in two distinct periods and perform an assessment of the socio-demographic and epidemiological profile of puerperal syphilis.* ***Methods:*** *A descriptive study with an exploratory, retrospective and comparative quantitative approach, performed by reviewing medical records of inpatients in a hospital in the countryside of Rio Grande do Sul.* ***Results:*** *Within two years of study, a total of 3508 records of postpartum women were evaluated, of whom 56 (1.6%) were cases of positive VDRL in childbirth or during prenatal care. Among the cases of positive VDRL, 6 (25%) were confirmed as CS in 2012 and 25 cases (73,5%) in 2013. Regarding the data of dead fetus, we identified 6 (2.5%) in 2012 and 5 (1.4%) in 2013.* ***Conclusions:*** *The study showed a low prevalence of VDRL-positive patients as compared to state and national data; however, there still are failures in the control of congenital syphilis. Gestational syphilis was associated with low education, lack of partner and household activity. There is need to improve the information recorded in the medical records and cards of pregnant women.*

KEYWORDS: *Congenital Syphilis, Prenatal Care, Prevalence, Treatment.*

[1] Acadêmica em Medicina.

[2] Enfermeira Assistencial na Maternidade do Hospital Santa Cruz, preceptora do PRO-Saúde/ PET-Saúde: Redes de Atenção, Subprojeto Rede Cegonha.

[3] Acadêmica em Farmácia.

[4] Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), tutora do PRO-Saúde/ PET-Saúde: Redes de Atenção, Subprojeto Rede Cegonha.

[5] Ciências Biológicas. Professora adjunta da UNISC, docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, coordenadora do PRO-Saúde/ PET-Saúde: Redes de Atenção.

INTRODUÇÃO

A OMS estima que em todo o mundo cerca de 2 milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis a cada ano e quase um milhão de bebês nascem com sífilis congênita (SC) (1). A sífilis gestacional, apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda possui prevalência alarmante, especialmente nos países em desenvolvimento, caracterizando-se como uma das principais causas de morte em recém-nascidos (RNs) (1,2). A ação mais consistente para controle da SC está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, efetuando-se o diagnóstico precoce, por meio da triagem sorológica, e o tratamento em tempo hábil, a um baixo custo (2,3).

A maioria dos RNs com SC é infectado no útero após o quarto mês de gestação, mas a infecção pode ocorrer já em nove semanas de gestação (4,5). As consequências da SC não diagnosticada e/ou tratada inadequadamente durante o período pré-natal incluem aborto, morte fetal, parto prematuro, recém-nascidos com sinais clínicos da doença, e, mais frequentemente, crianças infectadas assintomáticas ao nascimento, com cerca de 2/3 destas desenvolvendo sintomas por volta da 3ª a 8ª semana de vida (4,6).

O diagnóstico presuntivo da sífilis é feito indiretamente, por meio de testes sorológicos não treponêmicos, tais como *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Rapid Plasma Reagin* (RPR) e testes treponêmicos, como o teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-ABS) e o teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA) (3,6). Testes não treponêmicos são utilizados para a triagem e podem produzir resultados falso-positivos. Assim, os testes treponêmicos são realizados para confirmar os testes de rastreio, quando a doença é suspeita (3,7). Para o acompanhamento do tratamento, recomenda-se a utilização da mesma metodologia não treponêmica inicial e, preferencialmente, a realização do teste no mesmo laboratório (8).

A terapêutica da gestante com penicilina benzatina no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. Após esta fase, trata o concepto também. O *Centers for Disease Control* (CDC) indica 1 dose de 2,4 milhões de penicilina benzatina para a sífilis primária, secundária e sífilis latente precoce, e o Ministério da Saúde recomenda o uso de uma segunda dose de penicilina benzatina, apesar de não ter sido comprovada, até o momento, a superioridade deste esquema (9). As indicações para o tratamento do recém-nascido compreendem todos aqueles casos diagnosticados como sífilis confirmada ou provável. Atualmente, os exames preconizados pelo CDC e pelo MS incluem teste sorológico não treponêmico (VDRL/RPR) no sangue periférico do recém-nascido; hemograma completo; Raio X de ossos longos; exame de líquor; pesquisa de outras infecções congênitas de transmissão sexual (4,7,9).

A notificação compulsória da sífilis gestacional é obrigatória no Brasil desde 1986 (6). O número de casos confirmados de SC nas várias regiões do país é extremamente alto, apesar da subnotificação se constituir em sério problema (9). No ano de 2011, foram diagnosticados 9.374 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 3,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos. A região que apresenta a maior taxa de incidência de sífilis congênita é a Nordeste, com 3,8 casos a cada 1 mil nascidos vivos, seguida da Sudeste, cujo índice é de 3,6. O Centro-Oeste é o que tem o menor número proporcional de recém-nascidos com a doença: 1,8 (10).

A SC é evitável, sendo que medidas de controle adotado no Brasil visam reduzir o número de casos para 1 em cada 1.000 recém-nascidos (7). Atualmente, apenas 30% de mulheres com sífilis são rastreadas e tratadas (1). Dentre os problemas relacionados ao controle dessa doença infecciosa, destacam-se: anamnese inadequada; sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); interpretação inadequada da sorologia para sífilis; falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos; falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica, entre outros (9,11). Outra recomendação do MS, muitas vezes não cumprida, é a realização da triagem para sífilis na admissão para parto ou aborto (5). A falta de acesso a laboratórios e clínicas também é um importante impedimento para a triagem da SC (2). Caso a sorologia para sífilis não tenha sido realizada durante a gravidez, os recém-nascidos não devem ter alta hospitalar até que seja feita a sorologia materna e haja acompanhamento do resultado (12).

Neste sentido, foi realizada uma análise de prevalência de VDRL reagente no período gestacional ou na ocasião do parto em dois períodos distintos e realizada avaliação do perfil sociodemográfico, obstétrico e epidemiológico das puérperas portadoras de SC internadas em um hospital do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

MÉTODOS

O estudo em questão apresenta natureza descritiva de abordagem quantitativa exploratória, retrospectiva e comparativa, sendo realizado através da revisão de prontuários de internação do Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) de um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. O Hospital Santa Cruz (HSC) é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, que atende pacientes SUS e conveniado do Vale do Rio Pardo. Em relação ao número de leitos disponíveis, na maternidade são 35 leitos destinados ao atendimento ginecológico e obstétrico, na UCI 6 leitos especializados no atendimento de recém-nascidos que, por impedimento patológico, não podem ficar junto à mãe, e na UTI Neonatal, são 8 leitos próprios para o atendimento de bebês. Em virtude dos serviços disponibilizados, o HSC tornou-se referência para o Vale do Rio Pardo, em atendimento a gestantes e crianças de risco (13).

O estudo iniciou-se com a obtenção dos dados de todas as pacientes VDRL reagentes, no período de janeiro de

2012 a dezembro de 2013. O tamanho total da amostra do ano de 2012 foi de 1665 prontuários de puérperas, sendo revisados 24, com teste VDRL reagente. Já em 2013, foram 34 prontuários analisados de um total de 1843.

SC foi considerada, segundo o MS, ao se comparar títulos da sorologia não treponêmica na criança com a da mãe, preferencialmente, de um mesmo teste realizado em um mesmo laboratório. Títulos da criança maiores do que os da mãe indicariam suspeita de sífilis congênita. As informações dos prontuários foram as seguintes: epidemiológico (prevalência), obstétrico (idade gestacional – IG – em semanas, paridade, tipo de parto, presença de abortos espontâneos, ocorrência de feto morto, início do pré-natal, número de consultas e VDRL no período gestacional) e sociodemográfico (faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, convênio e uso de drogas), além do tratamento materno, do parceiro e do RN. A análise e o processamento dos dados foram realizados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio-padrão (DP), enquanto as categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

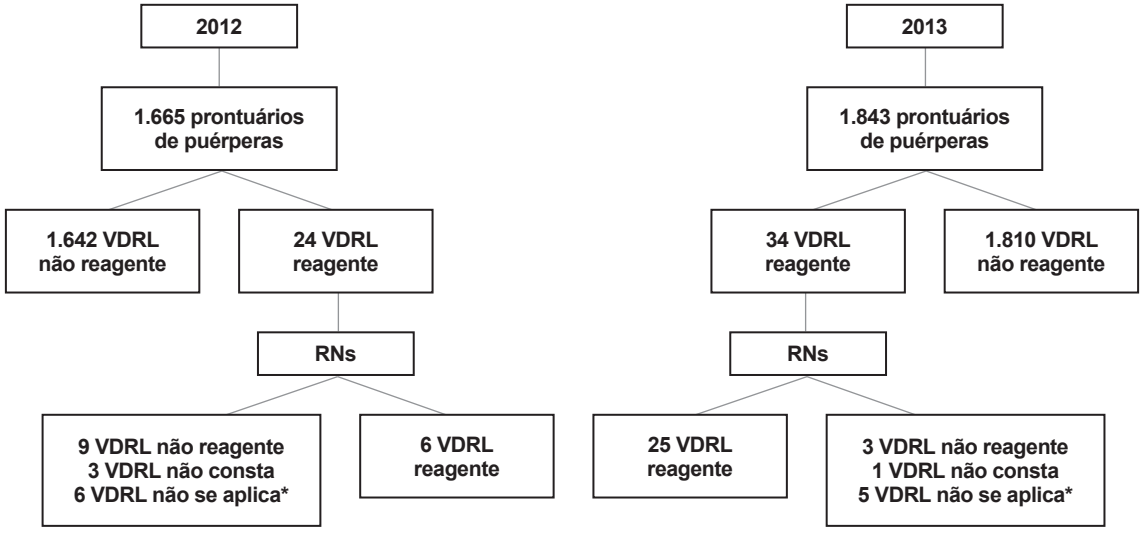
O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob número CAAE: 14624913.0.0000.5343 e a parecer 236523.

RESULTADOS

No período de dois anos de estudo, foi avaliado um total de 3508 prontuários de puérperas, dos quais 56 (1,6%) eram casos de VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal. A prevalência de puérperas VDRL reagentes encontradas em 2012 foi de 1,4% (24), e em 2013 de 1,8% (34). Entre os casos de VDRL reagente, foram confirmados como SC 6 (25,0%) em 2012 e 25 casos (73,5%) em 2013 (Figura 1). A média da idade materna foi de 24 anos, variando de 15 a 38 anos (± 6,3) (Tabela 1). Com relação à escolaridade, houve predomínio do ensino fundamental (completo/incompleto) em ambos os períodos analisados. Uso de drogas foi identificado em 11 puérperas, 2 (8,3%) em 2012, e 9 (24,6%) em 2013 (Tabela 1).

A abordagem do histórico materno referente às condições obstétricas está descrita na Tabela 2. A média de idade gestacional (IG) no primeiro ano foi de 37,2 semanas, variando de 19 a 41 semanas. Com relação ao ano posterior, a média da IG apresentou-se como 36,9 semanas, variando de 24 a 42. A paridade de maior prevalência ocorreu para multíparas, 14 (58,3%) no primeiro ano, e 20 (58,8%) no ano subsequente. A frequência de parto vaginal foi similar nos dois períodos analisados. As puérperas que tiveram aborto totalizaram 10 (41,6%) em 2012, e 11 (32,35%) em 2013. Com relação aos dados de feto morto, visualizam-se 6 (2,5%) em 2012 e 5 (1,4%) no outro ano. Ao analisar o início do pré-natal, houve predominância do primeiro trimestre, 13 (54,1%) no primeiro ano e 17 (50,0%) no ano posterior. Quanto ao número de consultas realizadas no pré-natal, 16 (66,6%) gestantes totalizaram ≥ 6 consultas em 2012, e 17 (50,0%) em 2013.

As informações do controle da SC, através do tratamento materno, do parceiro e do RN, encontram-se na Tabela 3. Para o tratamento do parceiro, houve três (12,50%) tratados em 2012 e 7 (20,58%) em 2013. Já para o tratamento materno, em 2012, observou-se prevalência deste no hospital, não havendo a informação do pré-natal nestes casos, com 7 casos (29,16%). Da mesma forma em 2013, 17 (50,00%) casos com tratamento apenas no hospital. O estudo utilizou a opção 'não se aplica' para casos de feto morto.



* 'Não se aplica' corresponde a casos de feto morto.

Figura 1 – Fluxograma da sífilis congênita.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de puérperas VDRL reagentes.

Variáveis sociodemográficas	2012		2013	
	N	%	N	%
Idade				
13 a 18	6	25,0	5	14,7
19 a 24	8	33,3	17	50,0
25 a 30	3	12,5	5	14,7
31 a 37	7	29,1	7	20,5
Escolaridade				
Ensino fundamental	10	41,6	17	50,0
Ensino médio	8	33,3	12	35,2
Ensino superior	1	4,1	-	-
Não consta	5	20,8	5	14,7
Estado civil				
Sem parceiro	19	79,1	33	97,0
Com parceiro	4	16	1	2,9
Não consta	1	4,1	-	-
Ocupação				
Do lar	8	33,3	17	50,0
Outro	10	41,6	13	38,2
Não consta	6	25,0	4	11,7
Convênio				
SUS	22	91,6	34	100,0
Privado	2	8,3	-	-
Usuária de drogas				
Sim	2	8,3	9	26,4
Não consta	22	91,6	25	73,5

Tabela 2 – Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com variáveis clínicas.

Variáveis Clínicas	2012		2013	
	N	%	N	%
Início do pré-natal				
1° trimestre	13	54,1	17	50,0
2° trimestre	8	33,3	6	17,6
3° trimestre	-	-	3	8,8
Não consta	3	12,5	4	11,7
Não realizou	-	-	7	20,5
Número de consultas				
≥6	16	66,6	17	50,0
≤6	6	25,0	9	26,4
Não consta	2	8,3	2	5,8
Não realizou	-	-	6	17,6
VDRL no período gestacional				
1° trimestre	2	8,3	-	-
2° trimestre	-	-	1	2,9
3° trimestre	-	-	10	29,4
1° e 3° trimestre	-	-	1	2,9
2° e 3° trimestre	-	-	2	5,8
1°, 2° e 3° trimestre	-	-	19	55,8
Hospital	22	91,6	1	2,9
Não consta	-	-	-	-
Idade gestacional no parto (em semanas)				
< 37	4	16,6	9	26,4
37-41	19	79,1	23	67,6
>41	-	-	1	2,9
Não consta	1	4,1	1	2,9
Paridade				
Primípara	22	91,6	34	100,0
Multípara	2	8,3	-	-
Abortos Espontâneos				
Sim	2	8,3	9	26,4
Não	22	91,6	25	73,5
Feto Morto				
Sim	6	25,0	5	14,7
Não	18	75,0	29	85,3

DISCUSSÃO

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil, apesar de existirem medidas de prevenção eficazes, como preservativos e educação em saúde para população, com opções de tratamento de baixo custo (14,15). Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de transmissão. A SC tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da Portaria 542, de dezembro de 1996 (7).

Neste estudo, a soroprevalência de sífilis observada em puérperas VDRL reagentes foi de 1,4% e 1,8%, respectivamente em 2012 e 2013. Com relação à prevalência da SC, em 2012 houve 9 (37,5%) e, em 2013, 26 casos (76,5%). Ao comparar a taxa de gestantes com sífilis por 1000 nascidos vivos, encontra-se no Brasil um total de 7043 (12,2%) casos em 2012. Na Região Sul, houve um número de 738 (12,1%) casos no mesmo período, e no RS, 334 (11,5%). Quanto aos casos notificados de SC em menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, o total encontrado no Brasil corresponde a 4432 (5,5%) em 2012, havendo 490 (7,9%) casos na Região Sul, e 306 (7,7%) no RS (16). Os dados referentes a 2013 não foram encontrados na literatura. A taxa de transmissão vertical nas gestantes com sífilis não tratada corresponde a 70 a 100%, corroborando os dados encontrados em 2013, sendo menores em 2012 (14).

O perfil sociodemográfico das puérperas do estudo em questão indica que a sífilis está ocorrendo em jovens, com baixo grau de escolaridade, que não possuem parceiro, com grande parcela de ocupação sendo do lar, a maioria com convênio SUS e não usuárias de drogas. De acordo com essas características, na literatura também se

Tabela 3 – Informações do controle da Sífilis Congênita através do tratamento materno e do recém-nascido.

	2012		2013	
	N	%	N	%
Parceiros tratados				
Sim	13	54,1	17	50,0
Não consta	8	33,3	6	17,6
Tratamento materno				
Pré-natal	5	20,8	11	32,3
Hospital	7	29,1	17	50,0
Pré-natal e hospital	5	20,8	5	14,7
Não consta	7	29,1	1	2,9
Tratamento recém-nascido				
Sim	3	12,5	27	74,4
Não consta	5	20,8	-	-
Não se aplica	16	66,6	7	20,6

observa predomínio de jovens com sífilis, baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (2,17,18). Embora a SC não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, o dado referente à ocupação observado no estudo (maior frequência sendo do lar) pode ser um marcador importante de pouco acesso aos serviços de saúde (18). Em relação aos fatores associados com VDRL reagente, foi encontrada uma associação positiva com o uso ilegal de drogas no ano de 2013 (19).

As variáveis clínicas observadas indicam maior frequência de pré-natal precoce no período analisado, o que vai de encontro à literatura pesquisada, já que a sífilis, geralmente, está associada a um pré-natal de início tardio (2,20). De acordo com o número de consultas no pré-natal, segundo o estudo houve o predomínio de seis ou mais consultas, seguindo o protocolo do MS para uma assistência de pré-natal adequada; no entanto, não foi alcançado 100% da cobertura das gestantes em relação à quantidade e qualidade do pré-natal (7,11,15). Um fator preocupante é o grande número de mulheres que são diagnosticadas durante o pré-natal, com questionamento acerca das medidas tomadas após o diagnóstico de sífilis (15).

Os dados do teste VDRL visualizados no estudo foram feitos predominantemente no hospital, não constando a informação da realização no pré-natal em virtude principalmente da ausência da cópia da carteira de gestante anexada ao prontuário. O VDRL é utilizado como rotina devido à dificuldade de acesso aos testes confirmatórios. No Brasil, recomenda-se o uso de três testes não treponêmicos em mulheres grávidas: dois durante o pré-natal (1º e 3º trimestres) e um no momento do parto (3,7,9,19).

A sífilis em gestantes, quando inadequadamente tratada e com riscos obstétricos, pode levar a desfechos adversos ao concepto. Os riscos de transmissão vertical e doenças fetais estão diretamente relacionados com o estágio de sífilis materna durante a gravidez. Estima-se que mulheres com sífilis latente terão metade das gestações afetadas, o que pode determinar prematuridade, morte fetal, incluindo abortos e morte perinatal (2,20,18). As taxas de prematuridade, aborto e feto morto encontradas no estudo são elevadas e condizem com a literatura citada anteriormente, quando se considera tratamento materno inadequado. O principal fator de falha no tratamento da gestante foi a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro, fato que se assemelha aos achados em outros estudos. A inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para abordagem do problema e é determinante para cura eficaz da mãe e, consequentemente, para o fim do agravo (18). Com relação ao tratamento materno, houve o predomínio deste no hospital, não constando informações do tratamento no pré-natal. Já a informação de que o tratamento não constava foi observada mais em 2012, havendo melhora significativa do preenchimento do prontuário no ano seguinte. O tratamento materno inadequado pode acarretar sérias implicações para o feto, como já citado anteriormente, e revela-se de baixo custo e pouco complexo (2,3,11). Constatou-se que para cinco RNs não havia a informação do tratamento no ano de 2012. Já em 2013, todos estavam devidamente preenchidos. Vale destacar a presença constante de dados ignorados ou em branco, o que permite inferir sobre a maneira como os profissionais de saúde comportam-se frente ao preenchimento de instrumentos de notificação e prontuários (15). Ressaltam-se as limitações relativas ao *n* da amostra do estudo, com dificuldades para a correlação significativa das variáveis.

CONCLUSÕES

O estudo indicou uma baixa prevalência de pacientes VDRL reagentes em relação aos dados estaduais e nacionais encontrados; no entanto, ainda há falhas de controle da SC, uma vez que esta se revela de fácil prevenção e tratamento. Uma mostra disso está na falta de qualidade do pré-natal recebido pela gestante, já que houve grande acometimento de pacientes especialmente jovens, e aumento da prevalência da doença no ano posterior do período em análise. Também se destacou a associação da sífilis gestacional à baixa escolaridade, ausência de parceiro e trabalhadoras do lar. Destaca-se a importância dos registros referentes ao acompanhamento das gestantes, com necessidade de melhoria das informações registradas nos prontuários e nos cartões de gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Testing for syphilis during pregnancy [editorial]. The Lancet Infect Dis. 2012; 12:255.
2. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da Sífilis Gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. Cad Saúde Pública. 2010; 26 (9):1747-1755.
3. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012 jan; 34(2): 52-5.

4. Public Health Notifiable Disease Management Guidelines [online] Congenital Syphilis. Government of Alberta. July 2012. Disponível em: <http://www.health.alberta.ca/documents/Guidelines-Congential-Syphilis-2012.pdf>. Acesso em: 21/03/2014.
5. Gonçalves MAS, Matos CCB, Spegiorin LCJF, Oliani DCMV, Oliani AH, Mattos LC. Seropositivity rates for toxoplasmosis, rubella, syphilis, cytomegalovirus, hepatitis and HIV among pregnant women receiving care at a public health service, São Paulo state, Brazil. Braz J Infect Dis. 2010; 14 (6): 601-605.
6. Casal CAD, Silva MO, Costa IB, Araújo EC, Corvelo TCO. Detecção molecular do Treponema pallidum sp. Pallidum em amostras de sangue de mulheres sororeativas ao VDRL com resultado letal da gravidez: um estudo observacional retrospective no norte do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2011; 44 (4): 451-456.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita: manual de bolso - 2. ed. - Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 11/04/2014.
8. Brasil. Portaria n.° 3242, de 30 de dezembro de 2011, Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 02 jan. 2012; Seção 1, p. 50-52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html>. Acesso em: 10/03/2014.
9. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Soc Bras Ped. 2010: 1-17.
10. Portal Brasil. Notificações de Sífilis Congênita aumentaram em 34% entre 2010 e 2011 [online]. Brasil; 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/casos-de-notificacoes-de-sifilis-congenita-aumentam-em-34-entre-2010-e-2011>. Acesso em: 10/03/2014.
11. Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(7): 325-7.
12. Robinson JL. Congenital syphilis: No longer Just of historical interest. Paediatr Child Health. 2009; 14(5): 337.
13. Hospital Santa Cruz [online]. Santa Cruz do Sul, Brasil; 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota técnica conjunta no 391/2012/SAS/SVS/MS. Brasília, 2 out. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf>. Acesso em: 12/03/2014.
15. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1): 152-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Ano I - nº 1, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 15/04/2014.
17. Laghari AH, Sultana V, Samoo AH, Makhija P, Ara J, Hira. Prevalence and associated risk factors for syphilis in women with recurrent miscarriages. Pak J Med Sci. 2014; 30(2): 295-298.
18. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saúde Pública. 2013; 29(6): 1109-1120.
19. Araújo MA, Freitas SCR, Moura HJ, Gondim APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. BMC Public Health. 2013; 13: 206.
20. Gupta R, Vora RV. Congenital syphilis, still a reality. Indian J Sex Transm Dis. 2013 jan-jun; 34(1): 50-52.

✉ Endereço para correspondência
Débora Cristina Haack Bassani
Av. Independência, 2293
96.815-900 – Santa Cruz do Sul, RS – Brasil
☎ (51) 9612-9168
debi_bassani@hotmail.com

Recebido: 9/7/2014 – Aprovado: 3/8/2014