

Jociani Gonçalves¹
Cândida Caniçali Primo²
Guilhermina Maria Soares Rabbi³
Denise Silveira de Castro⁴

**Epidemiological profile of
congenital syphilis cases at
University Hospital –
2004 to 2008**

**| Perfil epidemiológico dos casos de
sífilis congênita de um Hospital
Universitário – 2004 a 2008**

ABSTRACT | *Objective: The aim of this research was to describe the profile of the reported cases of congenital syphilis in a university hospital in Brazil, from 2004 to 2008. Method: Descriptive exploratory study of 53 report forms sent to the hospital epidemiology center of the university hospital in Vitória/Espírito Santo, Brazil. Results: In the years 2004, 2005, 2006, 2007 and 2008, it was identified, respectively, 10, 13, 15, 10, and 5 cases of congenital syphilis. Regarding the maternal variables, 43.40% were 20–24 years old, 34% had 4–7 years of study, 49.06% were residents of Vitória, 81.13% performed prenatal visits, 64.15% had diagnosis of syphilis in pregnancy, 79.25% presented non-treponemic test reagent at delivery, 66.04% were improperly treated or not treated at all, with absence of treatment to the partners. Regarding the newborn variables, 98.11% were born alive, 67.92% were full term, 56.6% had the proper birth weight, 79.25% were asymptomatic, 29.17% had manifestations of clinic jaundice, 66.04% had non-treponemic test in cerebrospinal fluid (CSF) negative, 54.72% did not have CSF abnormalities, and 81.13% had no abnormalities in evaluation of the long bones. Conclusion: Failures were found at prenatal care in relation to the diagnosis and treatment of the syphilis infection in the mother and her partners.*

Keywords | *Congenital syphilis; Prenatal care; Epidemiologic surveillance.*

RESUMO | *Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil dos casos de sífilis congênita notificados em um hospital universitário, no período de 2004 a 2008. Método: Estudo descritivo exploratório das 53 fichas de notificação epidemiológica do núcleo de epidemiologia hospitalar de um hospital universitário em Vitória/Espírito Santo. Resultados: Nos anos de 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008, foram identificados, respectivamente, 10, 13, 15, 10 e 5 casos de sífilis congênita. Quanto às variáveis maternas: 43,40% tinham idade de 20-24 anos, 34% estudaram de 4 a 7 anos, 49,06% eram provenientes de Vitória, 81,13% tiveram assistência pré-natal, em 64,15% o diagnóstico de sífilis foi na gravidez, 79,25% apresentaram teste não treponêmico no parto reagente; 66,04% não realizaram ou fizeram tratamento inadequado; e 66,04% dos parceiros não foram tratados. Quanto às características do recém-nascido: 98,11% nasceram vivos, 67,92% nasceram a termo, 56,6% com peso adequado, 79,25% assintomáticos, 29,17% manifestaram icterícia, em 66,04% o teste não treponêmico em líquido foi não reagente, 54,72% não apresentaram alterações liquóricas, 81,13% não tiveram alteração no exame de ossos longos. Conclusão: Verificaram-se falhas na prevenção pré-natal, no que se refere ao diagnóstico e tratamento da infecção materna e do parceiro.*

Palavras-chave | *Sífilis congênita; Assistência ao pré-natal; Vigilância epidemiológica.*

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

²Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre Mulher – NEPEM/CNPq.

³Coord. do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar/HUCAM.

⁴Doutora em Enfermagem; professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.

INTRODUÇÃO |

A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária, em qualquer momento da gestação que pode resultar em parto prematuro, morte intrauterina, morte neonatal ou sífilis congênita²⁰.

Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, em especial na assistência ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa doença. A taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é elevada, estimada de 25% a 40% dos casos³.

Em 1993, foi proposto um projeto de eliminação da sífilis congênita definindo como meta uma incidência menor ou igual a um caso/1.000 nascidos vivos. Apesar de todos os esforços destinados ao controle da sífilis congênita, em 2005, a meta do projeto de eliminação não foi alcançada, e a sífilis congênita permaneceu como um problema de saúde pública no País⁵.

A incidência da sífilis congênita passou de 1,3 caso por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 caso por mil nascidos vivos em 2005. Os óbitos por sífilis congênita totalizaram 1.118, no período de 1996 a 2006. E, ainda, 78,8% das notificações de sífilis congênita foram realizadas em mães que fizeram regularmente o pré-natal. Em 2009, foram confirmados no Brasil 5.340 casos de sífilis congênita. Desses, 104 casos foram no Espírito Santo (1,94%)⁹.

Considera-se como tratamento adequado para sífilis materna a profilaxia completa, adequada ao estágio da doença, feita com penicilina e finalizada pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente⁸.

Nesse sentido, conclui-se que a sífilis congênita é uma doença que não pode ser ignorada. Apesar de inúmeros esforços por parte do Governo em controlar suas altas taxas, ainda permanece como um problema de saúde pública, pois sua cadeia de transmissão não foi controlada, por envolver um núcleo familiar inteiro (mãe, pai, recém-nascido) e depender da mobilização de muitas pessoas. Portanto, é de suma importância conhecer o perfil da sífilis congênita a fim de compreender os mecanismos envolvidos na sua transmissão e na continuidade desse agravo como um dos problemas da saúde pública no Espírito Santo e no Brasil.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados em um hospital universitário, no período de 2004 a 2008.

METODOLOGIA |

Esta pesquisa descritiva exploratória foi desenvolvida em um hospital universitário. A escolha desse cenário deve-se ao fato de esse hospital possuir ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, ser referência no atendimento de gestantes de alto risco e ser um hospital-escola.

A população de estudo consistiu-se dos 53 casos de sífilis congênita notificados no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2008. Os dados foram coletados das fichas de notificação de sífilis congênita do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e dos respectivos prontuários no Serviço de Arquivo Médico. A coleta dos dados ocorreu durante o mês de abril e foi realizada em duas etapas.

Inicialmente, da ficha de notificação foram coletadas as seguintes variáveis: maternas: idade, escolaridade, procedência, realização de pré-natal, diagnóstico de sífilis durante a gravidez, esquema de tratamento, teste não treponêmico no parto, tratamento do parceiro; conceito: idade gestacional ao nascer, peso ao nascer em gramas, condições de nascimento, diagnóstico clínico, manifestações clínicas, teste não treponêmico em sangue periférico, teste não treponêmico em líquido, alteração no exame dos ossos longos, alteração líquórica. O teste não treponêmico utilizado foi o teste VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory).

Na segunda etapa, foram coletados os dados nos respectivos prontuários do Serviço de Arquivo Médico, pois, nos anos de 2007 e 2008, houve mudança no formato da ficha de notificação, que passou a não apresentar o peso e a idade gestacional ao nascer.

Foi realizada análise descritiva dos dados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de registro 030/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Observa-se que, do total de casos de sífilis congênita notificados, 18,87% foram no ano de 2004; 24,53% em 2005; 28,3% no ano de 2006; 18,87% em 2007; e 9,43% no ano de 2008. Quando analisado o número de casos por mil nascidos vivos (NV) nesse hospital, nos respectivos anos, tem-se que a taxa de incidência em 2004 foi de 7,7/1.000NV, em 2005 foi de 10,23/1.000NV, em 2006 de 12,30/1.000NV, em 2007 de 10,18/1.000NV e em 2008 foram registrados 4,01/1.000NV.

Foi definida, como meta para a eliminação da sífilis

congênita, uma incidência menor ou igual a um caso/1.000 nascidos vivos, no entanto o presente estudo mostra que o número de casos se encontra elevado, ocorrendo uma diminuição apenas no ano de 2008, porém a incidência encontra-se acima da meta esperada⁵.

Quanto à variável idade materna, nota-se que o maior número de casos de sífilis congênita encontra-se na faixa etária de 20 a 24 anos (43,40%), seguido de 16,98% entre 25 a 29 anos, 13,21% de 35 a 39 anos, 9,43% na faixa etária de 15 a 19 anos, 9,43% entre 30 e 34 anos e 7,55% em mulheres de 40 a 44 anos. Confirmando esses dados, pesquisas na Região Sul do Brasil e no município da Serra, ES, também encontraram predomínio de 20 a 29 anos^{14,16}.

Em relação à escolaridade (dado em anos de estudo), 34% das gestantes possuía entre 4 e 7 anos de estudo, que corresponde ao ensino fundamental incompleto, seguido de 22,60%, cuja escolaridade foi de 8 a 11 anos de estudo, 7,5% de 12 a mais anos de estudo, 5,6% com 1 a 3 anos de escolaridade, 5,6% sem nenhum estudo e em 24,50% dos casos as fichas não estavam preenchidas para essa variável.

Os resultados desta pesquisa apontam que 33,96% das mães de pacientes com casos de sífilis congênita possuíam entre 4 e 7 anos de estudo. Esse achado se assemelha ao do artigo¹⁷ em que essa taxa foi associada à baixa escolaridade e ao baixo nível socioeconômico.

No que se refere à procedência, é possível observar que, do total de 53 gestantes, 90,57% eram provenientes da Grande Vitória, e 9,43% eram de outros municípios do interior do Espírito Santo.

Esse hospital universitário está localizado na Capital do Espírito Santo, que compõe a região metropolitana de Vitória, formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Sendo assim, recebe a maioria dos pacientes dessa região e também de outros municípios do Estado, por ser um dos hospitais de referência em gestação de alto risco para a região metropolitana.

De acordo com a Figura 1, é possível notar que 64,15% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, 30,19% não foram diagnosticadas e em 5,66% as fichas não foram preenchidas para essa variável.

No que tange à realização de teste não treponêmico no parto, observou-se a realização do teste em 86,8% dos casos. Destes, 79,25% apresentaram resultado reagente, enquanto 7,55% foram não reagentes. Em 7,55%, o dado não foi preenchido na ficha de notificação e em 5,66% não houve a realização do teste.

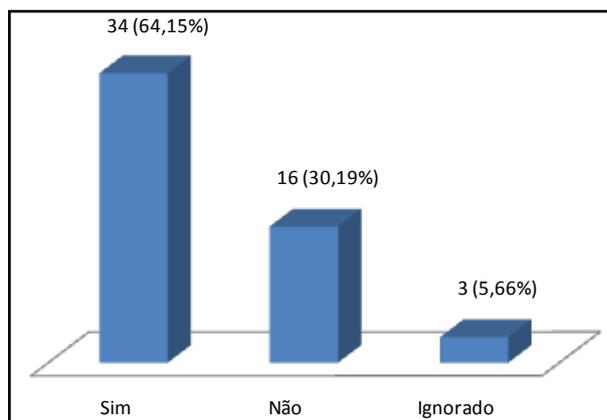


Figura 1 – Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo variável realização de pré-natal. Vitória, Espírito Santo, 2004 a 2008

Os resultados apresentados na Figura 2 mostram que 43,4% das gestantes pesquisadas realizaram tratamento inadequado, 22,64% não se trataram, 22,64% fizeram tratamento adequado e em 11,32% as fichas não foram preenchidas para esse dado. Portanto, observa-se que 66,04% dos conceitos permaneceram susceptíveis à transmissão vertical da sífilis.

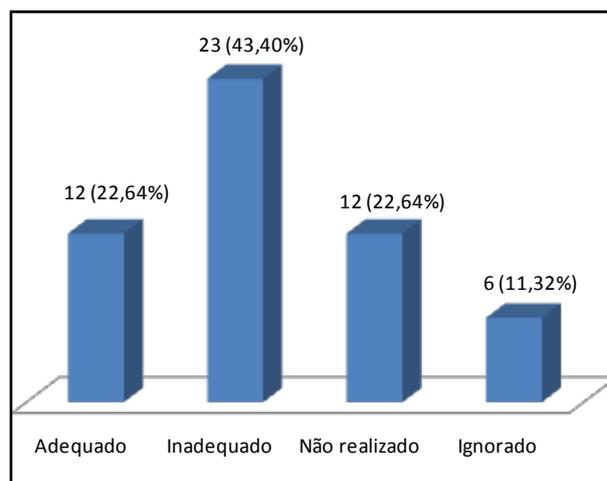


Figura 2 – Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo variável tratamento materno. Vitória, Espírito Santo, 2004 a 2008

Verifica-se, na Figura 3, que 66,04% dos parceiros das gestantes não realizaram tratamento concomitantemente, 18,87% fizeram a profilaxia e 15,09% apresentaram fichas de notificação não preenchidas.

Diante dos dados obtidos, observa-se que o elevado número de parceiros não tratados corresponde à mesma taxa encontrada nas variáveis maternas com referência à não realização do tratamento adequado pela gestante (66,04%).

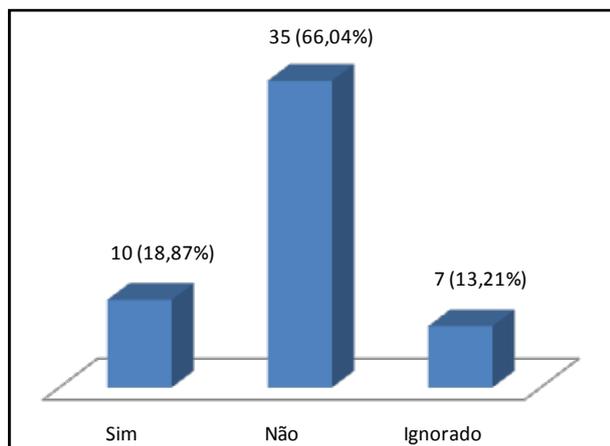


Figura 3 – Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo variável parceiro tratado. Vitória, Espírito Santo, 2004 a 2008

A questão de grande relevância encontrada é que, apesar de 81,13% das gestantes terem realizado o pré-natal, e 64,15% não serem diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, apenas 22,64% fizeram o tratamento adequado e 66,04% dos parceiros não foram tratados, aumentando enormemente os riscos de transmissão para o concepto.

A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença⁸. A Serra, outro município da Grande Vitória, também apresentou dados semelhantes. Quanto à realização de pré-natal, 72,1% das mães disseram que tiveram essa assistência e 53,6% confirmaram ter seu diagnóstico de sífilis estabelecido durante a gestação, enquanto apenas 26,6% dos parceiros foram tratados¹⁶ demonstrando que a assistência pré-natal enfrenta dificuldades nos municípios do Estado do Espírito Santo e também em diversos locais do Brasil, como pode ser observado nas pesquisas a seguir.

Em estudo realizado em um hospital em Palmas/Tocantins, 72% das mães haviam feito acompanhamento pré-natal, entretanto, dentre estas, 75% não tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação. A sífilis foi diagnosticada durante a gestação em 25% das mulheres que receberam o tratamento, porém seus recém-nascidos foram incluídos como casos de sífilis congênita (quatro por falta de documentação do tratamento e um por falha no tratamento), dados que mostram deficiências no atendimento pré-natal, observadas na rede pública de saúde¹².

Na maternidade da Fundação Santa Casa do Pará, em que foram estudados 46 casos de puerperas com VDRL positivo, e seus respectivos recém-nascidos com diagnóstico confirmado de sífilis congênita, 38,5% das mães realizaram tratamento inadequado e 53,8% tiveram

diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e receberam tratamento adequado¹.

De acordo com estudo realizado no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul, o tratamento pré-natal da sífilis materna entre a população estudada foi inadequado em 74,5%. Em 21,3% dos casos, as gestantes, mesmo com acompanhamento pré-natal, não receberam qualquer tratamento, e verificou-se um percentual de 53,2% de parceiros não tratados¹⁵. Uma pesquisa na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, demonstrou que 66,7% dos parceiros não realizaram o tratamento¹¹.

Estes achados contradizem uma das medidas de controle da sífilis congênita, que consiste na instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s)⁴.

Os resultados encontrados neste estudo e em pesquisas apresentadas de outros Estados do País levam a questionar a baixa qualidade e/ou a ausência da assistência pré-natal ofertada na rede pública de saúde, apesar de existirem protocolos do Ministério da Saúde que explicam todo o manejo dessa patologia, inclusive medidas de controle.

Deve-se realizar teste de VDRL como rotina na primeira consulta, na fase inicial da gestação, no início do terceiro trimestre gestacional e no momento do parto⁸. Esse momento se constitui em mais uma oportunidade de constatar a transmissão vertical de sífilis e tratar os recém-nascidos infectados para evitar a manifestação da doença ou reduzir suas sequelas¹¹.

Por outro lado, observou-se que, no momento do parto, 86,8% das gestantes e 96,23% dos recém-nascidos realizaram o teste. No entanto, os recém-nascidos já estão contaminados em sua maioria e permanecerão internados para tratamento por um período maior, reduzindo a oportunidade de rotatividade de leitos dentro da maternidade. Confirmando esse achado, em estudo realizado em hospital universitário da Região Sul do Brasil, observou-se a realização de sorologia não treponêmica em 93,2% das crianças nascidas vivas de mães com VDRL positivo¹⁴.

Dessa forma, percebe-se que o hospital atende às normas do Ministério da Saúde, o qual preconiza que se deve realizar o teste de VDRL em amostra de sangue periférico de todos os recém-nascidos cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita⁸.

Em relação à variável condições de nascimento, 98,11% eram nascidos vivos, 1,89% foi natimorto e não houve

casos de aborto. Confirmando nossos achados, outro estudo, em maternidade de baixo risco no Espírito Santo, encontrou diagnóstico de natimorto sífilítico e aborto por sífilis de 2,6% e 0,4%, respectivamente¹⁶. Já em pesquisa realizada em hospital da Região Norte do Brasil, constatou-se que houve ocorrência de sífilis em 82,0% dos casos de nascidos vivos, em 3,6% dos natimortos e 14,4% abortos¹².

Quanto à idade gestacional, 67,92% dos recém-nascidos nasceram a termo e 18,87% pré-termo. Em relação à variável peso ao nascer, observa-se que 56,6% dos recém-nascidos apresentaram peso adequado ao nascer entre 2500 e 4000g, seguidos de 26,42% com baixo peso ao nascer (< 2500g) e 3,77% com peso maior que 4000g. Ratificando nossos resultados, a pesquisa realizada em Caxias do Sul¹⁴ observou idade gestacional média no parto de 37,6 semanas, com uma taxa de prematuridade de 26,6%, peso médio de nascimento de 2.750g e 29,1% com peso inferior a 2.500g¹⁵. Já em estudo realizado em Palmas/Tocantins, 87% dos casos eram de recém-nascidos com peso superior a 2.500g¹². Em região de São Paulo, o peso médio ao nascer dos recém-nascidos com sífilis congênita foi de 3.016g, 13,6% apresentaram menos de 2.500g e 9% eram prematuros¹¹.

Quanto ao diagnóstico clínico, 79,25% dos recém-nascidos apresentaram-se assintomáticos e 16,98% sintomáticos. Os sintomas encontrados foram: icterícia com 29,17%, seguida de hepatomegalia com 20,83%, anemia 12,5%, rinite mucossanguinolenta 12,5%, esplenomegalia 8,33%, lesões cutâneas 8,33%, osteocondrite 4,17% e pseudoparalisia 4,17%. Corroborando esses achados, pesquisa na Região Sul do Brasil registrou 64,2% dos casos assintomáticos¹⁵. Em estudo no Rio de Janeiro, dentre as principais manifestações clínicas identificadas, estavam hepatoesplenomegalia com 6,8% e icterícia em 4,5%¹⁹.

Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida, necessitando de acompanhamento da criança até um ano de idade⁴. Nos casos em que a infecção se apresenta branda, a criança nasce aparentemente normal e só após, aproximadamente um ano ou mais, desenvolve as alterações¹³.

Quanto ao resultado de teste não treponêmico em sangue periférico, constatou-se que não foi reagente para 47,17% dos recém-nascidos, reagente para 41,51%, não realizado em 1,89% e ignorado para 9,43%. Além disso, em 66,04%, o teste não treponêmico em líquido era não reagente, em 54,72% não havia alterações líquóricas e em 81,13% o exame de ossos longos estava sem alterações.

A ocorrência de alterações no líquido é muito mais frequente nas crianças sintomáticas com outras evidências de sífilis congênita do que nas crianças assintomáticas, mesmo infectadas⁶. Apesar de essa variável ser importante para a exclusão do diagnóstico de neurosífilis, o significativo número de casos ignorados (37,4%) prejudica sua interpretação no presente estudo.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza dados secundários, esta investigação apresentou algumas limitações, pois, nas variáveis: alteração líquórica, escolaridade materna, teste não treponêmico em líquido, tratamento do parceiro e esquema de tratamento materno, houve, respectivamente, 37,74%, 24,50%, 18,87%, 15,09% e 11,32% de dados ignorados, fator que comprometeu a fidedignidade dos resultados encontrados. Confirmando nossos resultados, em estudo sobre a confiabilidade dos dados informados ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação, realizado com registros das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita, no município do Rio de Janeiro, em 1999 e 2000, observou-se que uma variável de simples preenchimento, como ser assintomático ao nascer, apresentou percentuais de caselas vazias/ignoradas de 20,3% e 16,8%, para cada ano. Em relação à variável alterações líquóricas, encontrou-se o preenchimento como ignorado ou em branco em 92,9% e 89,7% em cada ano, respectivamente¹⁸. Também em pesquisa analisando a completude dos prontuários, a confiabilidade interobservador e a concordância das informações coletadas, a variável com maior proporção de dados incompletos do item identificação materna foi a procedência, com 33,0% de ausência para o conjunto dos prontuários. Quanto às informações sobre o pré-natal, o número de consultas foi o pior preenchido, chegando a estar ausente em quase 50,0% dos registros e em 78,2% dos prontuários¹⁰.

O preenchimento incompleto ou incorreto de muitos campos da Ficha de Investigação da Sífilis Congênita nos leva a pensar sobre a omissão ou banalização da importância do preenchimento e notificação da doença. Isso talvez ocorra devido ao desconhecimento epidemiológico do agravo ou à ausência de um olhar focado na prevenção coletiva. Cabe ressaltar que a sífilis congênita, há 23 anos, é uma doença de notificação compulsória, persistindo, ainda hoje, como um sério problema de saúde pública no Brasil.

CONCLUSÃO |

Os resultados obtidos possibilitaram conhecer as características dos 53 casos notificados de sífilis congênita nesse hospital universitário e avaliar, de forma indireta, a

qualidade da assistência pré-natal ofertada às gestantes da Grande Vitória.

Em relação às características maternas, 43,40% apresentaram idade entre 20 e 24 anos, 34% estudaram de 4 a 7 anos e 49,06% eram provenientes da capital, Vitória. Das gestantes, 81,13% obtiveram assistência pré-natal, 64,15% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, 79,25% apresentaram teste não treponêmico no parto reagente, 66,04% não realizaram o tratamento ou fizeram tratamento inadequado e 66,04% dos parceiros não receberam tratamento.

Quanto às características do recém-nascido, 98,11% eram nascidos vivos, 67,92% nasceram a termo, 56,6% apresentaram peso adequado ao nascer, 79,25% eram assintomáticos. Entre os sintomas apresentados, 29,17% manifestaram icterícia. Em relação aos testes e exames realizados, 41,51% apresentaram teste não treponêmico em sangue periférico reagente, 66,04% tiveram o teste não treponêmico em líquido não reagente, 54,72% não apresentaram alterações liquóricas e 81,13% não tiveram alteração no exame de ossos longos.

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, é possível inferir que as falhas na prevenção pré-natal de sífilis congênita eram predominantemente evitáveis com o cumprimento, pelos profissionais de saúde, das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao diagnóstico e tratamento da infecção materna e do parceiro, o que provoca a discussão de que há necessidade de realizar capacitação técnica e sensibilização dos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal. Por outro lado, verificou-se que as gestantes e conceptos estão sendo assistidos adequadamente na maternidade no momento do parto e no pós-parto.

Há, também, necessidade da informação aos pacientes sobre essa doença, sendo necessária a realização de educação em saúde, tanto das gestantes quanto de seus parceiros, por meio da informação sobre as formas de transmissão da doença, importância da instituição do tratamento, bem como a comunicação e busca ativa dos parceiros que, na maioria dos casos, não utilizam preservativos e não aderem ao tratamento, ainda que as gestantes tenham seguido corretamente o protocolo. Assim, essa situação passa a ser um dos importantes responsáveis pela reinfeção das gestantes, perpetuação e permanência dos casos de sífilis congênita no País.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev Para Med* [periódico on-line] 2006; 20(1):47-51 [citado 2009 Ago 14]. Disponível em: URL:http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília : Ministério da Saúde; 2005.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 5 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil, 2000 a 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 9 - São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 768-72.
- 10 - Campos M R, Leal MC, Souza JPR, Cunha C B. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do estudo da morbi-mortalidade e atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1Suppl):20-33.
- 11 - Donalizio MR, Freire JB e 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; 16(3): 165-73.

12 - Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Scientia Medica* [periódico on-line] 2007; 17(4): 205-11 [citado 2010 mar 10]. Disponível em: URL: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/2115/2630>.

13 - Lopes CL. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca; 2006.

14 - Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23(10):647-52.

15 - Lorenzi DRS, Araújo BF, Grazziotim L, Basso E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul - RS no período de 1998-2002. *J Bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(1): 5-9.

16 - Primo CC, Silva BM, Richa BFC. Sífilis congênita: perfil epidemiológico de um município do Espírito Santo, Brasil. *Rev Min Enferm* 2007; 11(3):285-90.

17 - Saraceni V, Guimarães M H FS, Theme FMM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1244-50.

18 - Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(4): 419-24.

19 - Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiol Serv Saúde* 2001; 16(2): 103-12.

20 - Focaccia R, Veronesi R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu, 2005.

Correspondência para / Reprint request to:

Jociani Gonçalves

Rua Paulo Bonino, nº 432

Bairro do Eco - Santa Teresa - ES

CEP.: 29.650-000

e-mail: jociani18@hotmail.com