



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
BIOMEDICINA

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL
Entre 2008 e 2013

Daniela Cláudia de Oliveira
Raissa Rodrigues Brito

Orientador: Prof. Me. Leonardo Izidório Cardoso Filho

Trindade-GO

2016

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
BIOMEDICINA**

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL
Entre 2008 e 2013**

**Daniela Cláudia de Oliveira
Raissa Rodrigues Brito**

Trabalho de conclusão do curso,
elaborado como requisito parcial à
obtenção de título de bacharel do
curso de Biomedicina.

Orientador: Prof. Leonardo Izidório Cardoso Filho

Trindade – GO
2016
Daniela Claudia de Oliveira
Raissa Rodrigues Brito

INCIDÊNCIA DE SIFILIS GESTACIONAL NO BRASIL
Entre 2008 e 2013

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado à **Faculdade**
União de Goyazes como requisito
parcial à obtenção do título de
Bacharel em **Biomedicina**,
aprovada pela seguinte banca
examinadora.

Prof.Me. Leonardo Izidório Cardoso Filho
Orientador

Neusa Mariana
Professora da FUG

Janayna Wanessa de Jesus Silva
Prof. Convidado Externo

Trindade - GO

2016

AGRADECIMENTO

Daniela Claudia de Oliveira

A Deus dedico o meu agradecimento maior, pois ele é a fonte e base de tudo em minha vida, sem ele não teria conseguido chegar a esse momento tão importante.

Agradeço a minha mãe Lenice, que foi a pessoa que mais me deu forças para continuar e jamais desistir, dos meus sonhos e objetivos.

Agradeço ao meu filho Arthur e ao meu noivo Mussio Jorge, por terem entendido minha ausência em alguns momentos de nossas vidas.

Agradeço a minha amiga, companheira de tcc Raissa, por me acompanhar desde o início e chegamos juntas nesse momento tão especial da nossa formação profissional.

Um agradecimento aos nossos professores da FUG, que incentivou todos nós durante todo o curso.

Em especial gostaria de agradecer ao nosso orientador Ms. Leonardo Izidório, por ter dedicado seu tempo a nós orientar nesse período de grande importância da nossa jornada acadêmica.

Raissa Rodrigues Brito

Primeiramente agradeço a Deus, o centro e o fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento a minha força e disposição e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

Agradeço aos meus pais e Joaquim, que me deram o apoio e todo o suporte para eu chegar até aqui, que suportaram todos os meus estresses, que estiveram comigo em todas as dificuldades me ajudando e acreditando na minha capacidade de vencer e concluir mais essa etapa da minha vida agradeço também a minha amiga e companheira de sempre Daniela, acreditamos mesmo com todas as dificuldades e chegamos até aqui.

Agradeço ao nosso orientador Ms. Leonardo Izidório pela disponibilidade em auxiliar a todos os alunos em suas dificuldades e também por participar da minha banca examinadora.

A todos os professores em especial Luciano Nogueira, Neusa Mariana e João Batista, funcionários e alunos da FUG, que de alguma maneira contribuíram para nosso crescimento acadêmico, este que me estimulou e nós fez acreditar mais ainda de que nada é impossível.

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
INTRODUÇÃO.....	09
FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS.....	10
AGENTE ETIOLÓGICO.....	11
DIAGNÓSTICO.....	12
TRATAMENTO.....	13
OBJETIVOS.....	14
METODOLOGIA.....	15
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	16
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL ENTRE 2008 E 2013

RESUMO

Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, de desenvolvimento crônico e assintomático, que tem como formas de transmissão sexual e vertical. Retrata de forma adquirida, congênita e gestacional. A forma adquirida da sífilis divide em precoce e tardia, podendo variar de acordo com o tempo de infecção e do grau de infectividade. A sífilis congênita aparece de forma variável, sendo desde assintomática, até formas mais graves.

No Brasil a sífilis apresenta um alto nível de incidência em gestantes. Em 2008, a estimativa era cerca de 50 mil brasileiras teriam sífilis gestacional, observando uma elevada taxa de transmissão vertical que varia de 30% a 100%. De acordo com a estimativa cerca de 15 mil crianças poderiam ter a forma congênita.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a ocorrência de sífilis em gestantes no Brasil entre os anos de 2005 a 2013, os métodos preventivos contra a bactéria em gestantes evidenciando o diagnóstico precoce, com ênfase no tratamento para o melhor prognóstico ao neonatal.

Resultado: O índice de maior contaminação pela sífilis gestacional foi nas regiões Sudeste e Sul, por se tratar de regiões que fazem poucas campanhas alertando sobre o alto risco que a bactéria pode causar principalmente ao feto, observa-se também que muitas das gestantes estão sendo diagnosticadas porém não seguem o tratamento provocando a sífilis congênita.

PALAVRAS CHAVE: Sífilis, Gestação, Diagnóstico.

SYPHILIS INCIDENCE PREGNANCY IN BRAZIL BETWEEN 2008 and 2013

ABSTRACT

Syphilis is a systemic infectious disease caused by the spirochete *Treponemapallidum*, chronic and asymptomatic development, whose forms of sexual transmission and vertical routes. Portrays the acquired form, congenital and gestational. The acquired form of syphilis divided into early and late, and may vary with the infection time and the degree of infectivity. Congenital syphilis appears variably, and range from asymptomatic to more severe forms.

In Brazil syphilis has a high level of incidence in pregnant women. In 2008, the estimate was about 50 thousand Brazilian had gestational syphilis, noting a high vertical transmission rate ranking from 30% to 100%.

According to estimates about 15 thousand children could have the congenital form.

This study aimed to evaluate the occurrence of syphilis in pregnant women in Brazil between the years 2008-2013, the preventive methods against the bacteria in pregnant women showing early diagnostic, with emphasis on treatment for better prognosis of the neonate.

Results : The index of greatest contamination by gestational syphilis was in the Southeast and South regions, because they are regions that make few campaigns alerting on the high risk that the bacterium can mainly cause to the fetus, it is also observed that many of the pregnant women are being diagnosed but do not follow the treatment provoking the congenital syphilis..

KEY WORDS: Syphilis, Pregnancy, Diagnostic.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que faz parte do gênero *Treponema*, que tem como vias de transmissão sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. (AVELLEIRA, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes e são preconizados a detecção e o tratamento oportunos destas e de seus parceiros sexuais portadores da sífilis, considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto, com graves implicações. (NONATO et al., 2013)

É uma doença infecto contagiosa que cuja transmissão se dá por via sexual e verticalmente durante a gestação, podendo trazer graves problemas ao feto, apesar de fácil diagnóstico e tratamento eficaz existe um grande problema, principalmente em locais de população com baixa renda. (BOTTINO et al., 2006)

A transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico e os fatores que determinam o grau de contágio do feto para a mãe é a duração de exposição do feto no útero da mãe. (MADI et al., 2001)

O maior problema quanto à doença é a falta do manejo quanto se trata de um problema social, tratando-se do desconhecimento da população principalmente de baixa renda, quanto à forma de transmissão, e o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico clínico, a não organização da rede de serviços dificultando o acesso e ocasionando demora para iniciar o tratamento efetivo. Este conjunto de fatores possibilita a disseminação da doença não tratada. (SHIMIZU et al., 2012)

Decidimos elaborar nosso projeto, no intuito de deixar bem claro a incidência de sífilis durante a gestação indicando que trata-se de um problema de saúde pública que a população desconhece, mesmo se tratando de um tipo

de infecção antigo, evidenciando que o diagnóstico e tratamento deve ser iniciado o quanto antes e ressaltar os tratamentos e cuidados para combater o *T. pallidum*, pois a sífilis é desde assintomáticas até a mais grave, se não tratada pode causar sérios problemas para o feto como má-formação, aborto. (DAMASCENO et al.,2009)

FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença de desenvolvimento lento, quando não tratada pode ocorrer em períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas. A contaminação pelo *T. pallidum* contrapõe imunidade definitiva. Após a contaminação ocorre um período de incubação de 3 a 90 dias, os primeiros sintomas são aparecimentos de lesões no local da entrada dessa bactéria. A lesão é nominada de *cancro duro* ou *protossifiloma* é indolor e possui a base endurecida, contém secreção serosa e com a presença de treponemas. (SILVA.2006)

Possui três fases, a sífilis primária, secundária e terciária. A fase primária ocorre 21 dias após a infecção, sendo caracterizado pela presença de uma úlcera genital indolor cancro duro, que pode persistir por 2 a 6 semanas. A lesão tem aspecto de uma pápula rosada que evolui para uma lesão com bordo endurecido, recoberto por exsudato seroso e indolor. Duas semanas após o seu surgimento, ocorre linfadenopatia regional e bilateral não supurativa. O cancro duro desaparece espontaneamente após 4 a 5 semanas, sem a formação de cicatriz (FENTON et al., 2008).

Fase secundária surge entre 6 semanas a 6 meses a partir da infecção primária não tratada, onde aparecem lesões cutâneas no tronco e extremidades dos membros, e sintomas de cefaléia, prurido, anorexia, mialgia e febre. A fase secundária evolui no primeiro e segundo ano da doença em novos surtos que regredem espontaneamente, até que ocorra o desaparecimento completo dos surtos e surgimento de um período de latência assintomática que perdura por anos (OLIVEIRA et al., 2007).

Fase terciária ocorre entre 1 a 10 anos após a infecção inicial, sendo caracterizada pela formação de gomas sífilíticas e ausência quase que

completa do treponema nas lesões da pele, mucosas e ossos. As manifestações mais graves envolvem o sistema cardiovascular e nervoso central. A sífilis cardiovascular pode se desenvolver entre 10 a 30 anos após a infecção inicial, sendo comum a aortite (70% dos casos), aneurisma da aorta, insuficiência da válvula aórtica e estenose do óstio da coronária (ROMANELLI, 2008).

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, desde que a gestante contaminada seja diagnosticada e imediatamente tratada, e realizando o tratamento em seu parceiro sexual. (Serviço de Vigilância Epidemiológica Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP)

A transmissão vertical da sífilis congênita é o resultado da disseminação da infecção da gestante infectada, que pode ter sido não trata ou por forma de tratamento inadequada, para o seu concepto por via transplacentária, periparto e ate mesmo durante o período de amamentação se houver lesões na mama. Mais de 50% dos casos notificados são assintomáticos ao nascimento, por isso é muito importante à triagem sorológica da mãe no pré-natal e na maternidade.(CHUFALO,2006)

AGENTE ETIOLÓGICO

O *T. pallidum* foi descoberto em 1905, é uma espiroqueta gram negativa, que possui formatos helicoidais que se movem através de filamentos axiais, que mede aproximadamente (5x15x0, 2nm) afilado de hélices regulares e extremidades fina, apresenta 55 locomoções em círculo, flexão e contração, também de translação. Não é visível ao microscópio óptico por ser muito delgado, pode ser visualizado quando corada pela prata. Trata-se de uma IST por isso de notificação compulsória divulgação da Portaria nº 542/1986.(BOTTINO et al.,2006)

Ela é capaz de adentrar a pele e mucosas íntegras, sua penetração é facilitada quando há respostas continuas. Multiplica-se ligeiramente no tecido infectado ou por via linfática, atingindo os gânglios de toda região, onde se multiplica com agilidade. Também pode ser direta por infecção hematogênica.

Envolvendo todo o organismo, ocorrendo a infecção em poucas horas.(BOTTINO et al., 2006)

DIAGNÓSTICO

Os testes não treponêmicos são testes quantitativos de floculação, que relacionam o título obtido com a alta efetividade da doença, onde são pesquisados anticorpos IgM e IgG (reagininas) contra a cardiolipina, um componente da membrana plasmática das células mamíferas liberado após dano celular, também presente no *T. pallidum* (BOTTINO, 2006).

Os exames diretos, que indicam a presença do treponema, são indicados na sífilis congênita recente e em algumas lesões mucocutâneas do secundaríssimo, onde não tem meios de cultura pra pesquisa da bactéria. Observa-se no exame direto em campo escuro, a pesquisa direta com material corado pelos métodos de:

- Fontana-Tribondeau
- Burri
- Giemsa
- Levaditi.

Técnicas inferiores ao campo escuro e, ainda, a imunofluorescência direta, altamente específica e com sensibilidade maior que 90%.

A sorologia, de modo geral, é o exame mais utilizado no diagnóstico da sífilis. Os testes não treponemos, importantes para diagnóstico e seguimento pós-tratamento, são:

- VDRL (*VenerealDiseaseResearchLaboratory*)
- RPR (*Rapid Plasma Reagin*)

Testes treponemos utilizados na confirmação da infecção, são:

- FTA-ABS (*FluorescentTreponemalAntibodyAbsorption*)
- TPHA (*T. pallidum hemagglutinationassay*). (MINISTÉRIO DA SAÚDE

DST,2006)

O imuno ensaio enzimático (EIA) vem sendo utilizado nos Estados Unidos como exame para rastreamento e poderão substituir os testes não treponemos para esse diagnóstico. Este teste vem de tornando mais específico que o RPR e mais sensível que o FTA-ABS para esses tipos de infecções. A técnica de PCR é pouco utilizada na prática, mas pode ser aplicada, nas lesões

da sífilis congênita com alta sensibilidade e especificidade. Tendo como outro teste sensível e específico mais sem aplicação rotineira o Western-blot.

(AMARA, 2012)

No Brasil, o Ministério da Saúde indica a triagem sorológica pré-natal para a sífilis, com a realização do VDRL de início na primeira consulta teste esse que se negativo, a repetição do mesmo no início do terceiro trimestre e novamente no momento do parto. As gestantes com sorologia positiva devem fazer o controle do tratamento por meio de exames mensais até o final da gestação. (Vigilância Epidemiológica CCD, 2008)

PREVENÇÃO

Para prevenir a gestante da sífilis é necessário o uso de preservativo, se caso seu parceiro não tenha recebido o tratamento adequado, promover ações que incluam antes do tratamento medicamentoso o preventivo. (SOUZA., 2006) Contudo, se a infecção estiver instalada na gestante, inicia-se outro tipo de prevenção, evitando assim a transmissão da mãe para o feto, tratando inclusive o seu parceiro. (BOTTINO.,2006)

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção desde que a gestante infectada seja diagnosticada e imediatamente tratada . (Serviço de Vigilância Epidemiológica Coordenação do Programa Estadual IST/ AIDS-SP)

TRATAMENTO

Segundo o MS, o tratamento da gestante infectada pelo *Treponema pallidum* é igual ao de não gestantes e deve seguir o padrão, realizado com penicilina benzatina IM na dose de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo) (SARACENI, 2005)

Qualquer outro tipo de tratamento, nos últimos 30 dias que antecedem o parto, é considerado inadequado para a prevenção da sífilis congênita. O tratamento com penicilina somente é considerado eficaz, tanto para a mulher quanto para o feto. Quanto aos parceiros de gestantes portadoras de sífilis, devem ser tratados mesmo quando elas apresentam VDRL negativo, com dose única de penicilina benzatina 2.400.000 UI IM; sendo o VDRL positivo, em qualquer titulação, o tratamento deve ser igual ao da sífilis terciária.No caso de

reação alérgica à penicilina, a gestante deverá ser dessensibilizada por meio da administração oral de penicilina V em diluições gradualmente menores e em volumes inversamente maiores, sempre realizadas em ambiente hospitalar para melhor manipulação de possíveis reações. (CERQUEIRA, 2014)

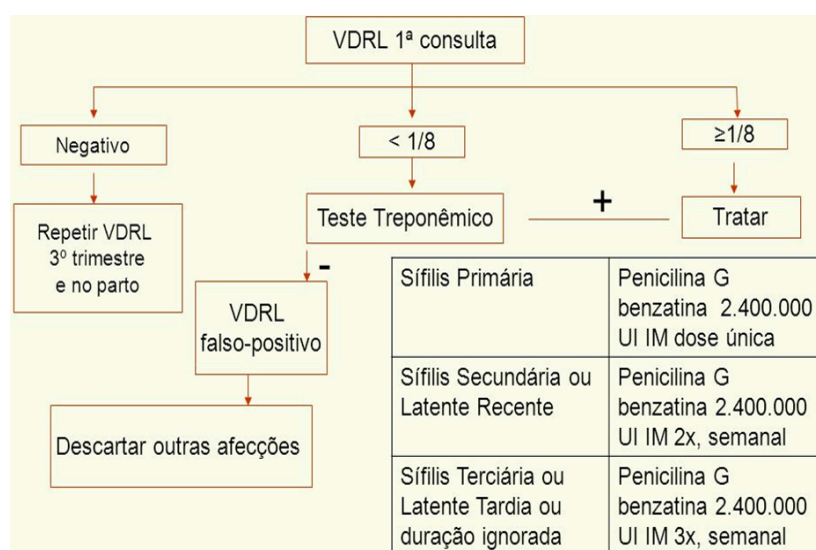
A administração da penicilina parenteral deverá ser feita somente 30 minutos após o fim do processo de dessensibilização. Em casos de alguma reação, o procedimento deverá ser interrompido e tratamento alternativo, instituído. O tratamento das gestantes alérgicas com estearato de eritromicina poderá levar à cura da gestante, mas não do feto.(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2015)

Durante a gestação, essa reação pode levar à morte do feto, indicando uma necessidade de acompanhamento no tratamento das portadoras de sífilis com valores altos de VDRL. (TRAJANO,2014)

O tratamento durante o pré-natal pode ocasionar falhas, caso o parceiro não tenha sido tratado simultaneamente. Devido isso, o seguimento pós-tratamento deve ser realizado, segundo o Ministério da Saúde, com repetição da sorologia em três, seis, nove, doze e dezoito meses. Considera-se cura quando há queda de 34 diluições no VDRL em relação à titulação inicial no prazo de um ano.(DAMASCENO,2014)

Detecção e tratamento da sífilis materna

FLUXOGRAMA



Fonte: Boletim Epidemiológico edição nº 0

OBJETIVOS

- **Objetivo Geral**

- Caracterizar a incidência de sífilis em gestantes no Brasil, durante o período de 2008 a 2013.

- **Objetivos Específicos**

- Descrever a fisiopatologia da doença;
- Retratar a incidência de contaminação de sífilis gestacional congênita;
- Indicar os métodos diagnósticos gerais e específicos na detecção ao patógeno;
- Formas de tratamento a serem realizados durante a gestação;

METODOLOGIA

Refere-se a uma revisão bibliográfica como serão descritos os métodos de identificação e grau de acometimento pelo patógeno, além dos mecanismos para que não haja contaminação congênita severa, enfatizando a terapêutica utilizada.

A pesquisa foi efetivada no segundo semestre de 2016 através de consultas realizadas em bancos de dados como: PubMed, Scielo, Bireme e Ministério da Saúde tendo dados atuais dos anos de 2008 a 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

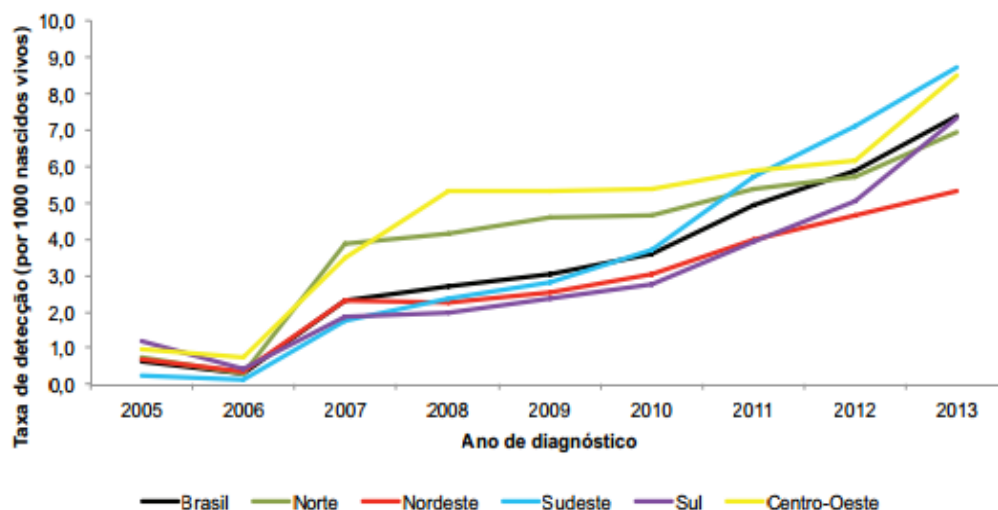
Baseado nos dados do DATASUS, a sífilis apesar de ser uma doença conhecida há anos, e que possui agente etiológico estabelecido, tratamento de baixo custo e eficaz em grande maioria dos casos, ainda é alarmante os casos de gestantes infectadas que não procuram o tratamento ideal que é recomendado pelo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde.(MINISTÉRIO DA SAÚDE,DEPARTAMENTO DE IST AIDS E HEPATITES VIRAIS SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE)

Tabela 1-Variação das taxas de incidência de sífilis em gestantes
Entre os anos de 2008 até 2013.

REGIÕES	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	1.219	805	1.317	1.629	1.613	811
Nordeste	1.883	1.308	2.540	3.381	3.802	1.712
Sudeste	2.498	1.503	4.158	6.505	8.076	3.555
Sul	710	573	1.019	1.468	1.911	1.129
Centro-Oeste	1.153	765	1.186	1.331	1.140	725

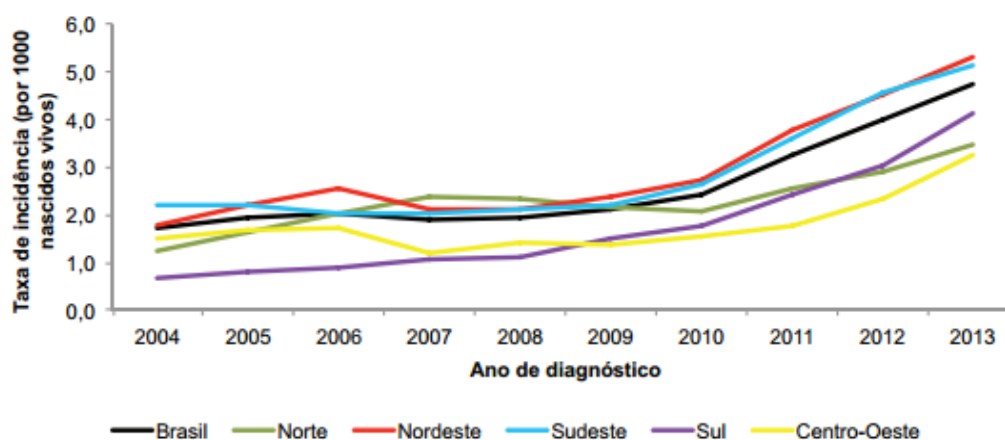
Fonte: DATASUS

Gráfico 2: Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação, Brasil 2008 a 2013.



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

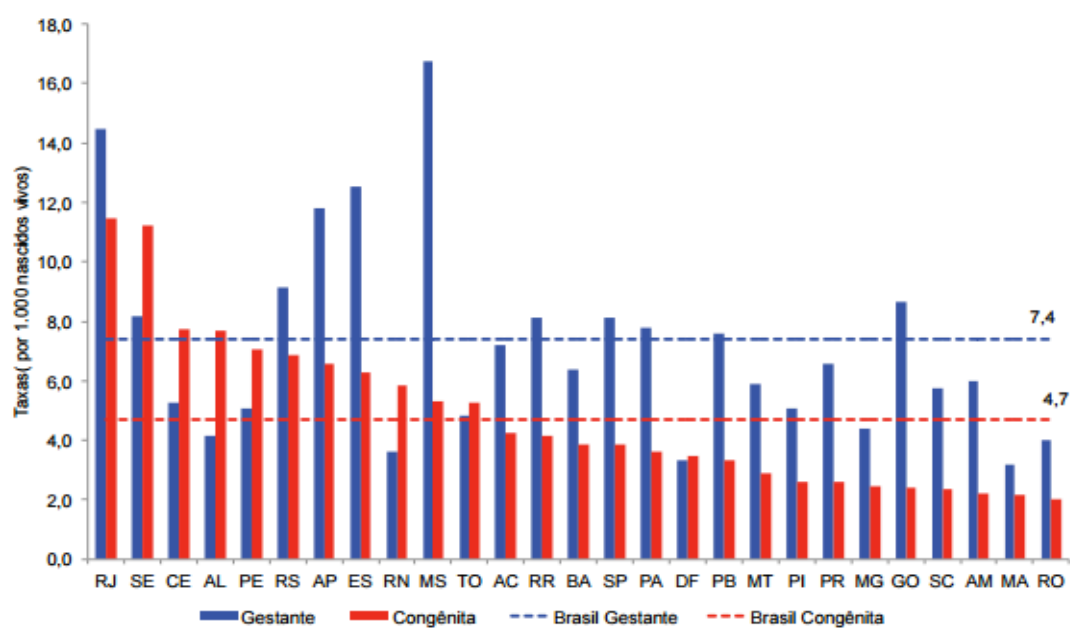
Gráfico 3: Taxa de incidência da sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil de 2004 a 2013.



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

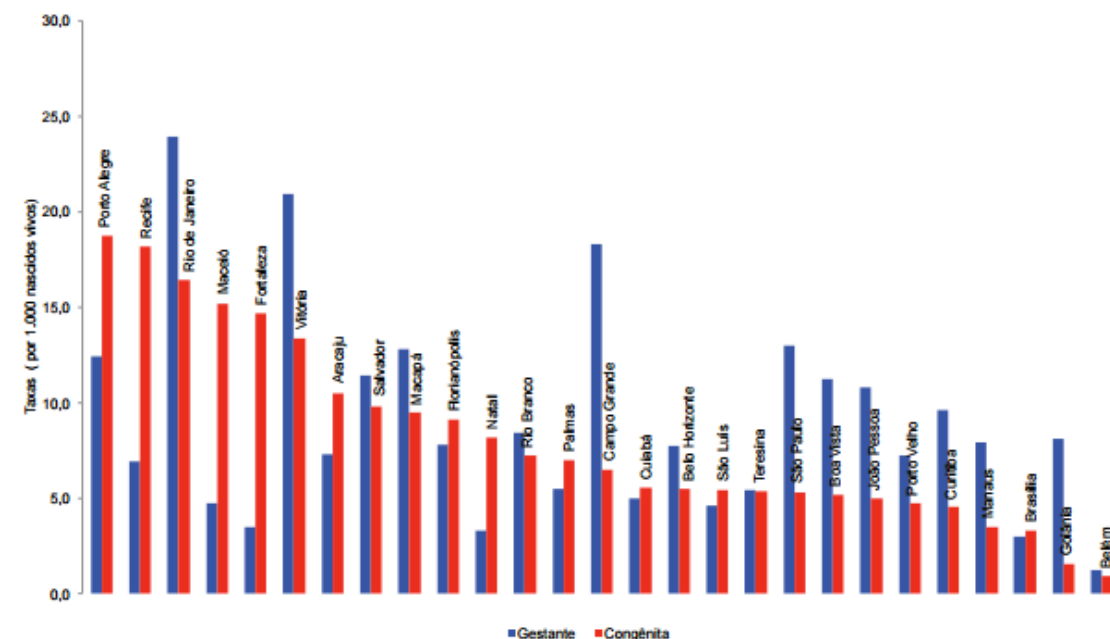
Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2014

Gráfico 4: Taxa de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita, por UF, Brasil 2013.



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Gráfico 5: Taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita, por capital, Brasil, 2013



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Baseando nos dados dos gráficos, observamos que as gestantes mesmo que diagnosticadas não seguem o tratamento devidamente correto, pois os índices de casos notificados cresceram tanto na sífilis gestacional quanto na congênita.

Os resultados deste estudo indicaram que a sífilis no período gestacional ocorre principalmente em mulheres jovens na faixa etária de 20-39 anos, com pouca ou nenhuma de informação a respeito da infecção sexualmente transmissível, e consequentemente em regiões de baixa renda. Onde a partir do ano de 2008 o índice de gestantes infectadas nos últimos cinco anos dobrou principalmente nas regiões Sudeste e Nordeste, por se tratar de regiões que tem menor renda indicando que a região Centro-Oeste teve menor crescimento entre as 5 regiões do Brasil.

Podemos observar também o diagnóstico tardio pelo fato da gestante não fazer seu pré-natal adequadamente, porque muitas delas não têm o conhecimento da gravidade que a sífilis pode causar no feto podendo levar até a morte de um feto, e a complicações após o seu nascimento tais como problemas cardíacos e neurológicos.

No período de análise da incidência de sífilis gestacional entre os anos de 2008 á 2013 mostra que mesmo com o fácil tratamento e apesar da ampliação de diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente, principalmente durante a gestação podendo colocar então a vida do feto em risco se não diagnosticado rapidamente, ou por falta de orientação a gestante e diagnosticada, mas não faz o tratamento adequado.

CONCLUSÃO

Por meio da revisão bibliográfica, nota-se que mesmo sendo a sífilis uma doença bem conhecida mundialmente, ela ainda é muito incidente em nosso meio. Apesar dos trabalhos da Organização Mundial de Saúde, junto a Organização Pan-Americana da Saúde, adotada pela Coordenação Nacional de IST/Aids do Ministério da Saúde, essa doença ainda não foi erradicada no Brasil.

Em vista disso, torna-se necessário que a verificação da atenção pré-natal seja realizada no decorrer da capacidade de resolução de cada atendimento e não apenas do registro de consultas médicas e solicitação de exames, tendo em vista que, muitos desses exames quando feitos não são recebidos antes do fim da gestação, tornado assim mais difícil a detecção da sífilis gestacional, e conseqüentemente não é feito o tratamento precoce e adequado.

Sífilis gestacional é uma infecçãode notificação compulsória, do mesmo modo que outras infecções sexualmente transmissíveis, sendo negligenciado e subnotificada, cabendo aos órgãos responsáveis a promoção de campanhas de informação e incentivo dos profissionais de saúde.

Este estudo nos mostra que um agente que pode estimular o aumento de casos novos da sífilis no Brasil, pode ser devido o fato de que as políticas públicas de combate à sífilis na gestante estejam necessitando de melhores subsídios. Para que este quadro seja revertido, o fundamental seria minimizar a prevalência de sífilis no adulto e criar um programa de acompanhamento pré-natal mais adequado as gestantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL., Porque ainda não conseguimos controlar o problema em o problema da sífilis em gestantes e recém nascidos, 2008
- AMARAL, Sífilis na gravidez e óbito fetal, 2012
- ARAUJO.,Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo, 2014
- BELDA.,Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis,2009
- BOLETIM EPIDEMIOLOGICO SÍFILIS DE GÓIAS, 2015
- Boletim Epidemiológico., Edição nº 04
- BOTTINO.,Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle, Educação médica continuada, 2006
- CERQUEIRA, REVISTA HIE , sífilis na gravidez., 2014
- DAMASCENO.,Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década, 2009
- DOMINGUES, Incidência de sífilis congênita e fatores associados a transmissão vertical da sífilis
- ESTADÃO, saúde São Paulo, 2016
- FREIRE., Sífilis e gestação comparativo estudo comparativo, 2006

LAGO., Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação, Ciênc.saúdecoletiva vol.20 no.9 2015

MADI., Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal

MAGALHÃES., Sífilis na gestação e influência na mortalidade, 2011

MARTELLI., Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle, artigo original, 2016

Ministério da saúde., Boletim Epidemiológico Sífilis, 2015 http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf

NONATO., Sífilis na gestação e fatores associados a sífilis congênita, 2015

NOLETO., Diretrizes para o controle de sífilis congênita, 2006

RUGERRO., Revista UNILUS de ensino e pesquisa, sífilis congênita e sífilis na gestação, 2016

SAAB, Prevalencia de sífilis en mujeres gestantes atendidas por el Programa de Protección a la Gestante (PPG) y reporte de aborto en el Estado de Sergipe, Brasil
Prevalencia de sífilis en mujeres gestantes atendidas por el Programa de Protección a la Gestante (PPG) y reporte de aborto en el Estado de Sergipe, Brasil, 2016

SARACENI, Sífilis durante a gestação, 2005

SANTANA., A sífilis é doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis 2007.

SANTOS., A sífilis na gestação e sua influência na mortalidade, 2011

Sífilis em gestantes- casos confirmados e notificados no sistema de agravos de notificação – BRASIL

SÍFILIS EM GESTANTES CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA NO SISTEMA DE NOTIFICAÇÕES E AGRAVOS- BRASIL
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantebr.def>

SILVEIRA., Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle, 2016

SOUZA., Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita, Rev. Para. Med. v.20 n.1, 2006

SOARES., Sífilis congênita evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal Rev. Saúde Pública vol.47 n.1 , 2013

SHIMIZU., Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família, 2012

VIANA., Sífilis congênita e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filho