

Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016

Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil – from 2007 to 2016

Beatriz Raia Bottura¹, Laís Matuda¹, Priscila Simão Serrano Rodrigues¹,
Cássia Maria Carvalho Abrantes do Amaral², Lene Garcia Babosa²

Resumo

Objetivo: Descrever a ocorrência dos casos notificados de sífilis congênita e materna nas regiões do Brasil, considerando o perfil epidemiológico das mães. **Métodos:** Estudo transversal constituído pelos casos notificados de sífilis gestacional e congênita no Brasil, no período de 2007 a 2016. Os dados foram coletados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). **Resultados:** Houve um aumento dos casos de sífilis gestacional e congênita, no período analisado. O perfil das gestantes com sífilis foi semelhante em todas as regiões do país, com idade 20 a 29 anos e ensino fundamental incompleto. O diagnóstico de sífilis gestacional foi predominantemente realizado durante o pré-natal e o de sífilis congênita no período neonatal. O pré-natal foi realizado em 80% dos casos. O tratamento inadequado da sífilis materna obteve valores extremamente baixos, devido ao não tratamento dos parceiros. **Conclusão:** Ao longo dos anos houve aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita evidenciando a necessidade de ações efetivas para tratamento correto e prevenção.

Descritores: Sífilis congênita, Sífilis, Perfil de saúde, Prevalência, Doenças sexualmente transmissíveis, Estudos epidemiológicos

Abstract

Objective: To describe the occurrence of reported cases of congenital and maternal syphilis in Brazilian regions, considering the epidemiological profile of the mothers. **Methods:** A cross-sectional study of reported cases of gestational and congenital syphilis in Brazil, from 2007 to 2016. Data were collected at SINAN (Notification of Injury Information System). **Results:** There was an increase in gestational and congenital syphilis in the analyzed period. The profile of pregnant women with syphilis was similar in all regions of the country, aged 20 to 29 years and incomplete elementary school. The diagnosis of gestational syphilis was predominantly performed during prenatal and congenital syphilis in the neonatal period. Prenatal care was performed in 80% of the cases. The inadequate treatment of maternal syphilis obtained extremely low values due to the non-treatment of the partners. **Conclusion:** Over the years there was an increase in the number of cases of congenital and gestational syphilis evidencing the need for effective actions for correct treatment and prevention.

Keywords: Syphilis, congenital; Syphilis, Health profile, Prevalence, Sexually transmitted diseases, Epidemiological studies

Introdução

A sífilis ou lues é uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível de evolução crônica. A sífilis pode ser classificada inicialmente em duas formas: a congênita e a adquirida. A forma adquirida pode ser classificada em precoce ou tardia, dependendo do tempo de infecção e grau de infectividade. A forma precoce ocorre nos dois primeiros anos de vida e apresenta lesões cutâneas papulosas infiltradas com ou sem escamas, localizadas principalmente em regiões palmoplantares. Podem ser também bolhosas (pênfigo sífilítico) ou ulceradas. Repercussões clínicas como baixo peso, dificuldade respiratória, irritabilidade, choro débil, rinorreia sanguinolenta, linfadenopatias, osteocondrite, hepatoesplenomeglia, anemia, icterícia,

1. Médica graduada pela Universidade Anhembi Morumbi. Faculdade de Medicina. São Paulo – SP – Brasil

2. Professora da Universidade Anhembi Morumbi. Faculdade de Medicina. São Paulo, SP – Brasil

Trabalho realizado: Universidade Anhembi Morumbi. Faculdade de Medicina. São Paulo – SP – Brasil

Endereço para correspondência: Lene Garcia Barbosa. Universidade Anhembi Morumbi. Rua Dr. Almeida Lima, 1.134 – Mooca – 03164-000 – São Paulo – SP – Brasil - Tel.: (55 11) 2790-4530. E-mail: lgbarbosa@anhembi.br

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar. Todos os autores participaram da coleta e análise dos dados. Todos os autores participaram na confecção do artigo.

Financiamento: Este projeto não recebeu financiamento.

trombocitopenia e pseudoparalisia de Parrot podem estar presentes. A neurosífilis ocorre em 40 a 60% das crianças nessa fase. A forma congênita tardia ocorre após dois anos de idade, podendo haver ceratite intersticial, sinovite indolor (articulação de Clutton), envolvimento ósseo, surdez, neurosífilis, dentes de Hutchinson e nariz em sela⁽¹⁾.

Nas últimas décadas, a sífilis materna vem sendo apontada universalmente dentre as principais causas de morbidade materna⁽²⁾. A taxa de transmissão vertical é elevada, entre 70% a 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na terciária⁽²⁾. Pode ocorrer em qualquer fase da infecção, assim como da gestação. As consequências da infecção no período gravídico podem ser morte intrauterina, parto prematuro, morte neonatal ou sífilis congênita (SC). Quanto mais avançada à idade gestacional menor a probabilidade de transmissão.

No Brasil, a infecção congênita é de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986, e a gestacional desde 2005; entretanto, a subnotificação é frequente⁽³⁾. Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita, em concordância à proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de reduzir o número de casos para 1:1000 nascidos vivos o que não foi atingido⁽⁴⁾. No entanto no Brasil, foram registrados, em 2009, 4.536 casos de sífilis em mulheres grávidas, a maior parte pertencente à região Sudeste⁽⁴⁾. A SC vem se caracterizando como um agravo recrudescente em todos os continentes, refletindo a disseminação da sífilis adquirida por mulheres gestantes não diagnosticadas e/ou tratadas precoce e adequadamente⁽²⁾.

Embora a erradicação seja uma prioridade global, através da OMS, regional ligada a OPAS e nacional com o Ministério da Saúde (MS), no mundo, observa-se que a sífilis é uma infecção reemergente, alertando para a necessidade de rastreamento para todas as gestantes durante o pré-natal e tratamento em tempo hábil, com o objetivo de conter a infecção congênita⁽⁴⁾. O controle tem como foco a assistência pré-natal. A SC é utilizada como um dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal de uma população^(3, 5-6).

Considerando o impacto da sífilis na assistência em saúde pública, a necessidade de diminuir sua incidência em gestantes e, conseqüentemente, de casos congênitos, é necessário que os profissionais da saúde e gestores tenham acesso a informações que demonstrem a gravidade do problema. O conhecimento do perfil epidemiológico orienta profissionais da saúde quanto ao planejamento de métodos de prevenção da doença e promoção da saúde de gestantes e crianças. Ressalta a necessidade de maior atenção a sinais e

sintomas em recém-nascidos identificados como grupo de risco. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi descrever a ocorrência e prevalência dos casos notificados de SC e materna nas regiões do Brasil no período de 2007 a 2016, considerando o perfil epidemiológico das mães. Avaliar as características individuais, socioeconômicas e regionais das gestantes acometidas pela sífilis, além de analisar o esquema de tratamento realizado e sua aderência.

Método

O estudo epidemiológico de caráter transversal observacional analisou através de dados secundários os casos de sífilis gestacional e congênita notificados no período de 2007 a 2016. A amostra é composta de gestantes e nascidos vivos hospitalares do ano de 2007-2016, obtida através do banco de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde⁽⁷⁾, do sistema de informação de agravos e notificação (SINAN)⁽⁸⁾, e do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)⁽⁹⁾. Para inclusão no estudo, são considerados casos de sífilis na gestante e SC segundo orientações do MS. Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, via Plataforma Brasil, CAAE: 70403317.4.0000.5492; Número do Parecer: 2.153.757.

Na análise descritiva do perfil da amostra estudada foram calculadas as médias de ocorrência de sífilis em gestantes e de sífilis congênita em menores de um ano no Brasil e nas respectivas regiões (Sul, Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste) dentre os anos de 2007 a 2016. Para as demais variáveis foram calculadas as frequências e suas respectivas proporções. Para identificar se houve diferença estatística significativa entre as proporções das variáveis: faixa etária de 20 a 29 anos, escolaridade de ensino superior, raça/cor: branca, esquema de tratamento: penicilina, classificação clínica de sífilis primária pertencentes aos casos de sífilis em gestantes, para as variáveis, faixa etária da criança menor que 28 dias, escolaridade de ensino superior da mãe, raça/cor da mãe: branca, realização do pré-natal: sim, momento do diagnóstico: durante o pré-natal, esquema de tratamento adequado e parceiro tratado: sim pertencentes ao grupo de casos de sífilis congênita, foram realizados testes Qui-quadrado entre os totais de casos ocorridos nos anos de 2007 a 2016 em todas as regiões do Brasil, sendo obtidos os valores de p ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no software R.

Resultados

No Brasil, houve aumento dos casos de sífilis gestacional e congênita. A média da ocorrência de sífilis

gestacional no ano de 2015 chegou a 33.381 casos e de SC 19.235 casos. A porcentagem de sífilis gestacional entre as regiões do Brasil, no ano de 2006 até o ano de 2016, foi semelhante. Na região Sul foi de 2.235 casos, na região Norte de 1.915, na região Nordeste de 3.518, na região Sudeste de 7.230 e na região Centro-Oeste de 1.542, no estado de São Paulo de 3.598 e na capital de São Paulo de 1.512. A média da ocorrência de SC entre as regiões no Brasil do ano de 2007 até o ano de 2016, na região Sul foi de 1.180, na região Norte de 905, na região Nordeste de 3.286, na região Sudeste de 4.472 e na região Centro-Oeste de 552, no estado de São Paulo foi de 1.750 e na capital de São Paulo de 661 (Gráfico 1).

O perfil das gestantes com sífilis é semelhante em todas as regiões do país, o número de mulheres com sífilis que possuem ensino superior encontra-se abaixo de 1%, sendo que o maior número ocorreu em gestante que cursaram entre a quinta e oitava série do ensino fundamental. A idade média das gestantes encontra-se entre 20 e 29 anos. Nas regiões Sul, Norte e Nordeste foram constatados e notificados o quadro de sífilis em idades gestacionais dentro do 3º trimestre. Na região centro-oeste, houve prevalência de notificações no 2º trimestre e na região Sudeste no 1º trimestre. A etnia das gestantes também apresentou distinção nas regiões, sendo que a etnia branca foi a mais presente nas regiões Sul e Sudeste e a parda presente nas demais regiões (Tabelas 1 e 2).

O diagnóstico de SC foi realizado em todo território em até 28 dias de vida. O pré-natal foi realizado em torno de 80% dos casos, no entanto, apenas 40% das gestantes foram diagnosticadas nesse período, sendo

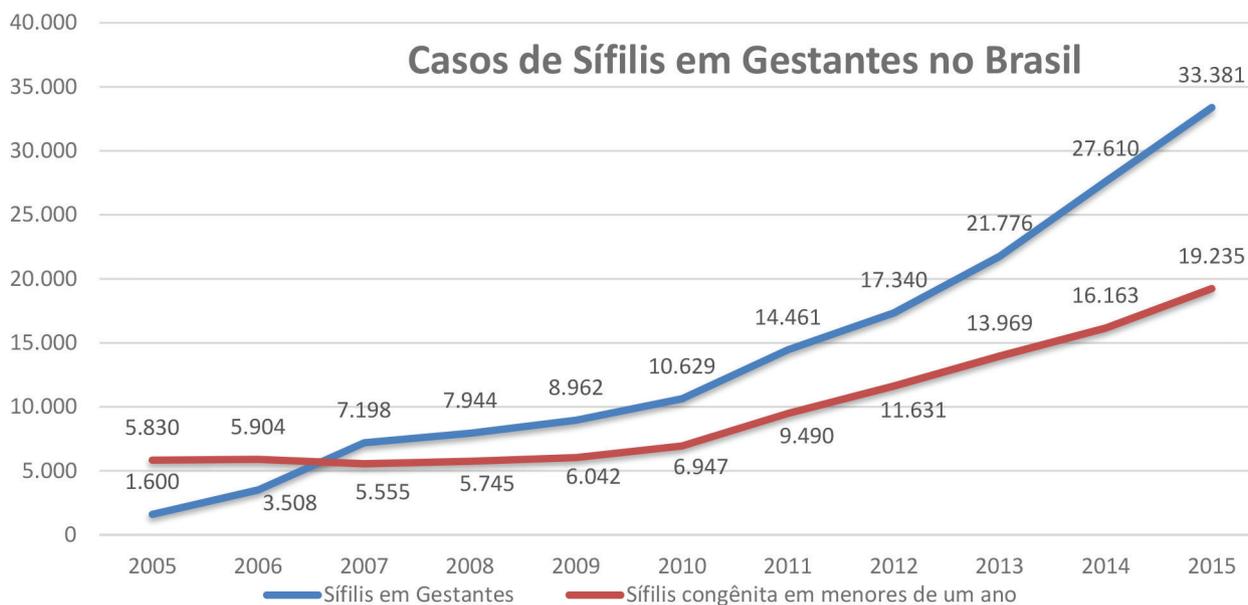
que a região com a maior porcentagem de diagnósticos foi a sul – 60% e menor na região nordeste – 38% (Tabela 3).

O tratamento da sífilis materna no Brasil obteve valores extremamente baixos, mesmo em gestantes diagnosticadas no início da gestação e com aderência satisfatória ao pré-natal. Os valores são ainda mais baixos quando analisados junto ao tratamento do parceiro. Quando avaliado se o tratamento é realizado de forma adequada tanto da gestante quanto de seu parceiro e o tipo de tratamento, é visto que em todo território o uso de penicilina se manteve em torno de 90%, já a realização do tratamento completo ficou em torno de 10% (Tabela 4).

Discussão

A sífilis é uma doença reemergente no Brasil como um todo. O aumento de casos de sífilis gestacional e congênita encontrado em todas as regiões do país ao longo dos anos demonstra a necessidade de desenvolvimento de ações efetivas voltadas para o seu controle.

Esse estudo evidenciou que o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Brasil foi progressivo durante o período analisado, apesar da população feminina em idade fértil ter se mantido sem grandes variações nesse período⁽¹⁰⁾. As ocorrências de sífilis gestacional e congênita foram crescentes em todas as regiões do país, principalmente na região sudeste, provavelmente por apresentar uma população mais numerosa e um maior número de subnotificações, quando comparada com as demais regiões.



Fonte: São Paulo (Cidade). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde (2017)⁽⁷⁾

Gráfico 1 – Evolução da ocorrência de casos de sífilis em gestantes e em menores de 1 ano, no Brasil.

Tabela 1

Perfil das gestantes com sífilis no Brasil, estado e cidade de São Paulo, no período de 2007 a 2016.

<i>Perfil das gestantes com sífilis congênita</i>	<i>Brasil</i>	<i>SP - Estado</i>	<i>SP - Capital</i>
Idade			
10 a 14 anos	1,40%	1,00%	0,80%
15 a 19 anos	24,00%	20,60%	17,80%
20 a 29 anos	51,50%	51,30%	50,40%
30 a 39 anos	20,70%	24,10%	27,30%
40 anos ou mais	2,40%	3,00%	3,70%
Escolaridade			
Analfabeto	1,10%	0,50%	0,80%
Fundamental Incompleto	33,80%	28,40%	32,20%
Fundamental Completo	9,20%	11,50%	12,70%
Médio Incompleto	11,50%	14,70%	16,00%
Médio Completo	12,90%	19,90%	21,50%
Superior Incompleto	0,90%	1,30%	1,60%
Superior Completo	0,70%	1,10%	1,20%
Ignorado	30,00%	22,70%	14,10%
Etnia			
Branca	29,50%	45,20%	38,50%
Preta	12,20%	12,10%	14,10%
Amarela	0,80%	0,70%	1,00%
Parda	46,90%	36,10%	42,60%
Indígena	1,00%	0,60%	1,20%
Ignorada	9,70%	5,40%	2,50%

Fonte: São Paulo (Cidade). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde (2017)⁽⁷⁾

Tabela 2

Período do Diagnóstico da Sífilis Materna no Brasil, estado e cidade de São Paulo, no período de 2007 a 2016.

<i>Momento do diagnóstico da sífilis materna</i>	<i>Brasil</i>	<i>SP - Estado</i>	<i>SP - Capital</i>
Durante o pré-natal	46,10%	53,80%	48,40%
No momento do parto/curetagem	38,30%	37,40%	45,90%
Após o parto	10,20%	6,00%	3,50%
Não realizado	0,70%	0,50%	0,50%
Ignorado	4,80%	2,30%	1,70%

Fonte: São Paulo (Cidade). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde (2017)⁽⁷⁾

O perfil materno identificado em nosso estudo, quanto a idade, 20 a 29 anos, foi semelhante ao encontrado na maioria dos estudos^(2-5,11-13), porém encontramos uma porcentagem considerável de gestantes adolescentes com sífilis (24%), cifras iguais a encontrada em estudos prévios^(5,12), este fato se deve ao pico da vida reprodutiva e iniciação precoce e desprotegida da vida sexual. Quanto ao grau de escolaridade a grande maioria das mulheres, em nosso estudo apresentavam ensino fundamental incompleto. Em contraste com a maior parte dos estudos realizados⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Lafetá et al, 2016⁽³⁾ identificaram que em 44,1% de seus casos analisados, as mulheres tinham ensino médio incompleto a superior completo⁽³⁾. A escolaridade pode ser consi-

derada um importante fator agravante uma vez que está diretamente relacionado ao acesso a tratamento e métodos de prevenção, no entanto tem se demonstrado cada vez menos determinante como fator de risco para infecções sexualmente transmissíveis.

A grande maioria das mulheres realizaram o pré-natal, porém o diagnóstico de sífilis gestacional ocorreu somente na metade dos casos e o restante no momento do parto e pós parto, o que evidencia que ainda não atingimos a cobertura necessária do pré-natal, tanto em quantidade, quanto em qualidade e a importância da estratégia da saúde da família neste cenário^(2,4,5,14). O perfil das gestantes com diagnóstico de sífilis, em nosso estudo, aponta um predomínio

Tabela 3

Perfil das crianças com sífilis congênita no Brasil, estado e cidade de São Paulo, no período de 2007 a 2016.

<i>Perfil das crianças com sífilis congênita</i>	<i>Brasil</i>	<i>SP - Estado</i>	<i>SP - Capital</i>
Idade			
Menos de 7 dias	96,00%	96,30%	97,20%
7 a 27 dias	1,90%	1,50%	1,20%
28 a 364 dias	1,80%	2,00%	1,40%
1 ano	0,20%	0,10%	0,20%
2 a 4 anos	0,10%	0,00%	0,00%
5 a 12 anos	0,10%	0,10%	0,00%
Escolaridade de mãe			
Analfabeto	1,40%	1,00%	0,80%
Fundamental Incompleto	38,70%	27,70%	28,00%
Fundamental Completo	9,00%	11,50%	13,10%
Médio Incompleto	9,40%	10,90%	9,30%
Médio Completo	10,70%	14,50%	11,80%
Superior Incompleto	0,70%	0,80%	0,80%
Superior Completo	0,50%	0,70%	0,60%
Não se aplica	0,50%	0,50%	0,50%
Ignorado	29,10%	32,40%	35,20%
Etnia materna			
Branca	23,50%	42,80%	37,10%
Preta	10,60%	9,80%	10,50%
Amarela	0,40%	0,40%	0,50%
Parda	53,80%	35,60%	37,70%
Indígena	0,40%	0,40%	1,10%
Ignorada	11,30%	11,00%	13,10%
Realização de pré-natal			
Sim	75,70%	75,40%	68,00%
Não	17,70%	21,00%	28,90%
Ignorado	6,60%	3,60%	3,10%

Fonte: São Paulo (Cidade). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde (2017)⁽⁷⁾

Tabela 4

Tratamento da Sífilis Materna no Brasil, estado e cidade de São Paulo, no período de 2007 a 2016.

	<i>Brasil</i>	<i>SP - Estado</i>	<i>SP - Capital</i>
Tratamento materno			
Adequado	4,00%	3,70%	1,87%
Inadequado	53,80%	52,50%	49,27%
Não Realizado	30,30%	33,70%	39,80%
Ignorado	11,80%	10,10%	9,06%
Parceiro Tratado			
Sim	12,50%	10,60%	7,70%
Não	63,60%	73,10%	77,80%
Ignorado	23,90%	16,30%	14,60%
Esquema Terapêutico			
Penicilina	85,70%	91,60%	93,50%
Outro Esquema	2,80%	1,90%	0,70%
Não realizado	6,30%	4,90%	5,10%
Ignorado	5,10%	1,60%	0,70%

Fonte: São Paulo (Cidade). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde (2017)⁽⁷⁾

em mulheres negras e pardas, no Brasil e na cidade de São Paulo, enquanto no Estado de São Paulo foi à etnia branca. Araújo et al (2012)⁽¹³⁾, em seu estudo, analisando casos de sífilis gestacional e congênita ocorridos em todo o país, 49% dos casos ocorreu em mulheres de negras e pardas. Assim verifica-se que a sífilis, assim como outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), não afeta apenas um grupo de risco específico, sendo fundamental a prevenção para a população como um todo⁽¹³⁾.

O perfil traçado dos casos de SC identificou que as crianças acometidas são filhos de mães com ensino fundamental incompleto, em suas maiorias pardas ou brancas, como demonstradas na análise para sífilis gestacional. Foi possível observar que a maioria das gestantes realizou o acompanhamento pré-natal e que boa parte do diagnóstico de sífilis gestacional não foi realizada nesse período, demonstrando que a maior dificuldade na prevenção e tratamento adequado da doença está na falha da assistência pré-natal, o que corrobora com outros estudos^(5,13,16). O diagnóstico de SC demonstra-se eficaz, uma vez que, em sua maioria foi realizado precocemente, em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida.

O presente estudo evidenciou que o esquema terapêutico proposto foi correto, realizado com penicilina concluído 30 dias antes do parto, no entanto, o tratamento final foi considerado inadequado na maioria dos casos, pelo fato dos parceiros não terem devidamente realizado o tratamento, concomitantemente, corroborando com outros estudos realizados no Brasil, previamente^(3, 5, 14).

Diante destes resultados, as ações de prevenções estão sendo desenvolvidas para diminuir este aumento na falha do tratamento, como a implementação do pré-natal masculino, a fim de aproximar o parceiro do cenário vivido pela gestante e, assim, compartilharem responsabilidades sobre o momento do pré-natal e dos futuros cuidados com a criança que irá nascer. Entretanto, alguns obstáculos para o maior sucesso do programa podem ser observados, como a pouca divulgação do mesmo e a baixa adesão⁽¹⁷⁾.

A orientação familiar e o encorajamento para que o parceiro participe do pré-natal é de suma importância para o bem-estar do casal, da gestante, do feto e do próprio parceiro. Muitos homens não realizam acompanhamento médico, buscando assistência apenas em casos extremos. A introdução ao sistema de saúde, através do pré-natal masculino, amplia o cuidado ao indivíduo, sendo a porta de entrada para o cuidado multiprofissional, prevenção e promoção em saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A sífilis congênita persiste como problema de saúde pública, estando associada à maior vulnerabilidade social e falta de conhecimento da população quanto

à gravidade e repercussões da doença. Novos e constantes estudos são necessários para que seja possível aprimorar métodos de abordagem da população em termos de prevenção e adesão ao tratamento.

Conclusão

A Sífilis permanece como grave problema de saúde pública em nosso país. Ao longo dos anos houve aumento do número de casos de sífilis gestacional e congênita em todas as regiões do Brasil, um número expressivo de sífilis gestacional nas adolescentes e tratamento incompleto o que evidencia a necessidade de desenvolvimento de ações efetivas voltada para prática sexual segura, prevenção e tratamento correto da sífilis quando esta ocorrer, através da melhor qualidade do pré-natal e consequentemente diminuir e anular a existência da SC.

Referências

1. Talhari S, Sardinha JCG, Cortez CCT. Sífilis. In: Focaccia R, editor. Veronesi-Focaccia: tratado de infectologia. 5ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2015. v.2, 1543-50.
2. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4):144-56.
3. Lafeté KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016; 19(1): 63-74.
4. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon, IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saúde Pública. 2013; 29(6):1109-20.
5. 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.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. [Internet]. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso 2ª. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 2017 Abr 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf
7. São Paulo (Cidade). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. [Internet]. Tabnet. 2017. [citado 2017 Abr 12]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). [Internet]. O SINAN. [citado 2017 Abr 12]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV / Aids e das Hepatites Virais. [Internet]. Sífilis. [citado 2018 Dez 12]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol. [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 12]. 48(36):5-42. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>
11. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis Congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4):139-43.
12. Pires ON, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do

- bairro Uruará – Área Verde. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4):162-5.
13. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012; 46(3): 479-86.
 14. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(2):287-94.
 15. Mesquita KO, Lima GK, Flôr SMC, Freitas CAS, Linhares-MS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. Sanare (Sobral, Online). [Internet]. 2012 [citado 2018 Dez 8]; 11(1):13-7. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/261/234>
 16. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela - parturiente, 2006: Desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4):128-33.
 17. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais da saúde. [Internet]. Brasília (DF); 2016. 55p. [citado 2018 Mar 5]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf
 18. Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. R Pol Públ. 2011; 15(2):327-33.
-
- Trabalho recebido: 04/01/2019
Trabalho aprovado: 14/06/2019
Trabalho publicado: 17/06/2019