

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE
ILHÉUS NO PERÍODO DE 2010 A 2014**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH SYPHILIS IN
THE CITY OF ILHÉUS IN THE PERIOD FROM 2010 TO 2014**

AQUILA LIMA MENEZES^{1*}
FATIMA QUEIROZ ALVES²
PAULO ROBERTO ORNELAS DA SILVA³
ANA PAULA ADRY DE OLIVEIRA COSTA⁴

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A infecção é caracterizada por 4 estágios da doença: sífilis primária, secundária, latente e terciária. Não ocorrendo o tratamento da sífilis em gestantes, pode desencadear a sífilis congênita, que é uma doença infectocontagiosa sistêmica, podendo ser transmitida a qualquer momento da gestação ao feto. Esse trabalho teve por objetivo contribuir na definição do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes e verificar sua incidência no município de Ilhéus-Ba, no período de 2010 a 2014. Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, através do levantamento de dados fornecidos pelo Sistema de Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) por meio do Sistema de Vigilância da Saúde pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. No período analisado constatou-se o registro de 118 casos de sífilis em gestantes, onde em 2010 apresentou 46 casos (39 %), em 2011, 22 casos (18,7 %), em 2012, 28 casos (23,7 %), 2013 e 2014 com 11 casos (9,3 %). A faixa etária de maior frequência foi de 20 a 34 anos com 73 casos (61,8 %). Quanto à escolaridade, 62 casos (52,5%) possuíam o ensino fundamental incompleto. A classificação clínica da sífilis primária correspondeu a 22,8 % e as gestantes que não realizaram o exame laboratorial da sífilis foi > que 60%. O tratamento com Penicilina G Benzatina aconteceu em 42 casos (35,6%). Os resultados podem contribuir com ações para identificação e controle de gestantes com sífilis, evitando dados subnotificados.

Palavras-Chave: Epidemiologia vigilância. Sífilis em gestantes. *Treponema Pallidum*

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease (STD) caused by the bacterium *Treponema pallidum*. The infection is characterized by 4 stages of the disease: primary, secondary, latent, tertiary syphilis. Failure to treat syphilis in pregnant women can trigger congenital syphilis, which is a systemic infectious disease that can be transmitted to the fetus at any time during pregnancy. This work aimed to contribute to the definition of the epidemiological profile of syphilis in pregnant women and to verify its incidence in the municipality of Ilhéus-Ba, in the period from 2010 to 2014. An exploratory-descriptive study was carried out, with a

¹ Graduada em Biomedicina, Faculdade Madre Thais .

² Doutora em Ciências Biológicas, UNESP, docente da Faculdade Madre Thais/Faculdade de Ilhéus (queirozalves@gmail.com)

³ Mestre em ciência e tecnologia das radiações minerais e materiais, CNEN CDTN; Docente da Faculdade Madre Thais/Faculdade de Ilhéus (prsornelas@hotmail.com)

⁴ Mestre em patologia, UFV, coordenadora e docente da Faculdade Madre Thais/Faculdade de Ilhéus (biomedicina@faculadadedeilheus.com.br)

quantitative approach, through the survey of data provided by the Health Surveillance and Protection Superintendence System (SUVISA) through the Health Surveillance System by the Health Department of the State of Bahia. In the analyzed period, 118 cases of syphilis in pregnant women were registered, where in 2010 there were 46 cases (39%), in 2011, 22 cases (18.7%), in 2012, 28 cases (23.7%). , 2013 and 2014 with 11 cases (9.3%). The most frequent age group was 20 to 34 years old with 73 cases (61.8%). As for education, 62 cases (52.5%) had incomplete primary education. The clinical classification of primary syphilis corresponded to 22.8% and the pregnant women who did not undergo the laboratory examination of syphilis was > 60%. Treatment with penicillin G benzathine occurred in 42 cases (35.6%). The results can contribute to actions to identify and control pregnant women with syphilis, avoiding underreported data.

Keywords: Surveillance epidemiology. Syphilis in pregnant women. *Treponema Pallidum*

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST), remota que passou a ser conhecida no final do século XV na Europa e ainda é um problema de saúde pública mundial (AVELLEIRA; BOTINO, 2006). A infecção é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que mede cerca de (0,1 a 0,2 x 6 a 20µm), são espiroquetas delgadas com três flagelos periplasmáticos e apresentam sensibilidade ao oxigênio com crescimento em condições de microaerófilas ou anaeróbias (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

A via de transmissão da sífilis mais comum é o ato sexual, como também a transfusão sanguínea ou a infecção congênita, onde não ocorre contaminação por objetos inanimados. A doença pode ser manifestada em 4 estágios: sífilis primária, secundária, latente e terciária (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

A sífilis primária é caracterizada por um cancro, que é uma ferida no local onde o agente foi inoculado, podendo aparecer na região extragenital em 10 a 90 dias, tornando-se uma úlcera indolor com bordas elevadas. No cancro, há um elevado número de espiroqueta, podendo penetrar na corrente sanguínea e no sistema linfático (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009; MILANEZ; AMARAL, 2008).

Na fase secundária, as lesões podem apresentar aspectos diferentes, dificultando o diagnóstico, porém o mais frequente são as máculas, que começam a aparecer em torno de oito semanas, atingindo pele e órgãos internos pela disseminação por todo corpo, seguida de poliadenomegalia generalizada, acometendo as regiões palmares e plantares, ocorrendo também quedas de cabelo em couro cabeludo e sobrancelha (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006; MILANEZ; AMARAL, 2008). A fase latente é caracterizada pela ausência de sinais e sintomas e pode ocorrer como sífilis recente e tardia, podendo ser interrompida pelos sinais e

sintomas da sífilis terciária. A fase terciária surge anos depois do primeiro contágio, com variação de 3 a 12 anos. Pode-se existir comprometimento neurológico, cardiovascular e osteoarticular, surgisse tumorações amolecidas nas regiões cutâneo-mucosas (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006)

Na sífilis congênita ocorre à disseminação do *Treponema pallidum* da placenta para o feto, em qualquer estágio da gravidez (BRASIL, 2005; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). O recém-nascido não apresenta inicialmente manifestações clínicas da doença, porém, em seguida pode apresentar cegueira, sífilis cardiovascular, malformação de dentes e ossos e exantema cutâneo maculopapular descamativo disseminado (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

A realização do pré-natal é importante para detecção da doença, sendo recomendável que as gestantes façam o exame laboratorial para o diagnóstico da sífilis. O Ministério da Saúde preconiza para averiguar a positividade da sífilis primeiramente a realização do teste não treponêmico, o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), por ser de rápida execução e de baixo custo. Toda gestante tem direito ao exame que deverá ser realizado na primeira consulta do pré-natal, início do terceiro mês e no ingresso para o parto (SARACENI; LEAL; 2003). É um teste quantitativo, onde os anticorpos IgG e IgM são medidos. Utiliza-se a cardiolipina como antígeno para o teste, que está presente na parede do *Treponema pallidum* (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

Quando ocorre positividade do VDRL com titulação de 1:4 ou superior, medidas devem ser implantadas e em situações de dúvida realiza-se o teste confirmatório ou treponêmico (FILHO, et al., 2007). O teste treponêmico, (Teste de Absorção de Anticorpo Treponêmico Fluorescente (FTA-ABS), realiza-se através de uma lâmina sensibilizada com o antígeno *T. pallidum*, onde é coberto com o soro do paciente misturado com extrato de treponemas não patogênicos e são adicionados anticorpos humanos com fluoresceína, o que favorece a detecção de anticorpos específicos no soro do paciente. Tem-se também outro teste confirmatório o Teste de Aglutinação de Partículas para *T. pallidum* (TPPA) , um teste de aglutinação em microplaca pela presença de uma gelatina que foi sensibilizada com antígenos do *T. pallidum* que ao entrar em contato com o soro do paciente, ocorre aglutinação e indicando que há presença de anticorpos (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

Os tratamentos a serem realizados nas fases da sífilis são: para sífilis primária (cancro duro), o tratamento utiliza-se 2.400.000 UI de penicilina benzatina via intramuscular, na sífilis secundária e latente recente 2.400.000 UI durante duas semanas: total 4.800.000 UI, e na

terciária a mesma dose por três semanas, total: 7.200.000 UI. Mulheres grávidas que apresentam alergia ao medicamento realizam a dessensibilização e utilizam a penicilina, pois é o único medicamento que trata o feto (BRASIL, 2005).

Diante de diversos estudos realizados sobre sífilis nas gestantes, a doença ainda é um problema enfrentado mundialmente, principalmente nos países em desenvolvimento, onde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras da sífilis. A OMS indica que no mundo ocorrem 12 milhões de novos casos de sífilis em indivíduos adultos por ano (BRASIL, 2006), onde a doença na gestante apenas se tornou de notificação compulsória em 2005 (BRASIL, 2005). Em relação à incidência da sífilis congênita, no Brasil em 2013 ocorreram uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, segundo o registro do Boletim Epidemiológico Sífilis em 2015.

É necessário o investimento em pesquisas nessa área, para chamar a atenção desse grande problema de saúde pública e dessa forma contribuir para a diminuição de casos no Brasil, com ações de saúde principalmente para as gestantes que necessitam de informações para prevenção e controle da sífilis, pois os danos ao feto são extremamente graves.

O objetivo do presente estudo foi contribuir na definição do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no município de Ilhéus-BA, no período de 2010 a 2014, cujo objetivos foram: verificar o número de casos da sífilis no município de estudo; relacionar variáveis epidemiológicas como: faixa etária e escolaridade; classificar a fase clínica da doença e caracterizar o diagnóstico laboratorial de sífilis na gravidez.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa discursiva, com categoria epidemiológica descritiva, de abordagem quantitativa, através do levantamento de dados fornecidos pelo Sistema de Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), por meio do Sistema de Vigilância da Saúde pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no período de 2010 a 2014. Após a coleta, os dados foram inseridos no programa Microsoft Excel 2010 para a construção de gráficos e tabelas.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Ilhéus é um município situado na região nordeste do Brasil, no sul da Bahia, com 1.584,693km² de área geográfica e a população estimada 184.236 habitantes para o ano de 2010, e em 182.350 para 2014 (IBGE, 2014).

2.2 OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo condiz aos dados de mulheres gestantes portadoras de sífilis no município de Ilhéus, no período de 2010 a 2014.

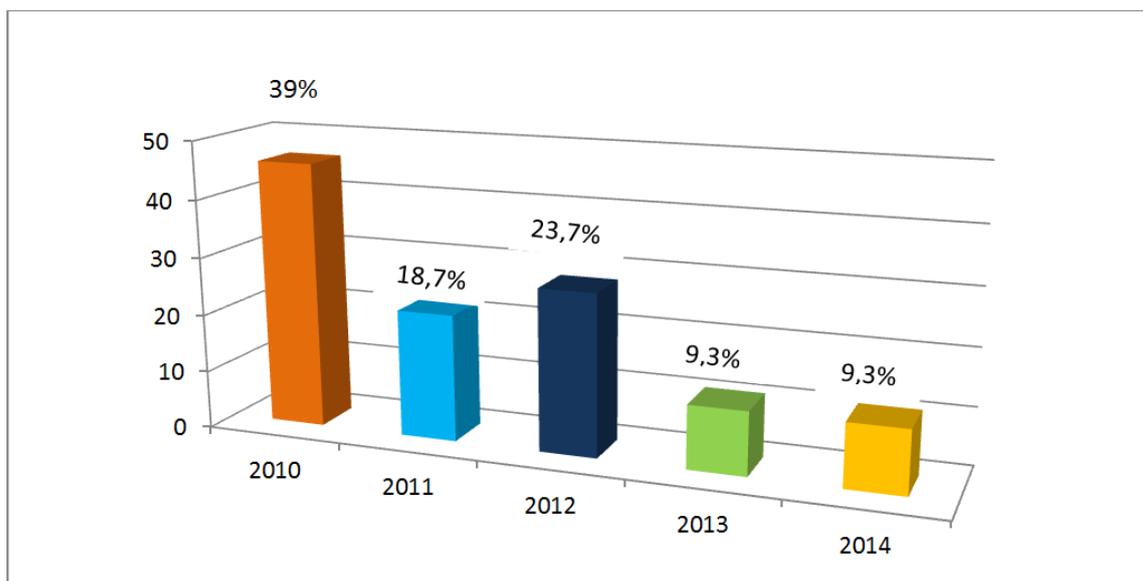
2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi analisado um levantamento de dados obtidos a partir do Sistema Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) de mulheres gestantes com sífilis no município de Ilhéus-BA, onde foram coletadas as seguintes informações: número de casos de sífilis em gestantes no município, perfil epidemiológico (faixa etária e escolaridade), classificação da fase clínica da doença e caracterização do diagnóstico laboratorial de sífilis na gravidez.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados no município de Ilhéus – BA, entre os anos de 2010 a 2014, um total de 118 casos de sífilis em gestantes. Desses casos notificados, 46 casos (39 %), foram em 2010; 22 casos (18,7 %), em 2011, 28 casos (23,7 %) e em 2012 e 11 casos (9,3 %), em 2013 e 2014, respectivamente (Figura 1).

Figura 1 -Números de casos de gestantes com sífilis no município de Ilhéus-BA de 2010 a 2014.



FONTE: SUVISA (2014)

No ano de 2010 constatou-se maior número de casos de sífilis em gestantes, ocorreu queda em 2011, com um discreto aumento em 2012 e posterior diminuição nos anos de 2013 e 2014 que foram constantes.

A notificação em 2013 e 2014 de apenas onze casos é questionável, pois leva a possíveis questionamentos sobre a possibilidade de sub registros, devido à superioridade dos casos nos anos anteriores e a semelhança nos últimos anos. É imprescindível que a notificação seja adequada, porque dessa forma é possível o controle da sífilis, possibilitando a investigação e o acompanhamento do caso.

Em um estudo realizado do perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010, constatou-se 156 casos de gestantes com sífilis durante os 5 anos (MESQUITA et al., 2012). O estudo desenvolvido no município de Sobral, Ceará corrobora com o presente trabalho, pois assemelha-se aos subregistros existentes.

Em relação a faixa etária no município de Ilhéus, verificou-se que a maior frequência foi entre 20 a 34 anos, com 73 casos (61,8%), seguida da faixa etária de 15 a 19 anos com 35 casos (29,7%), 10 a 14 anos com 5 casos (4,2%) e 35 a 49 anos com 5 casos (4,2%) respectivamente (Tabela 1)

Gestantes com idade entre 20 a 34 anos apresentaram maior prevalência por ser a faixa etária de frequência gestacional. Em segundo lugar, as gestantes de 15 a 19 anos que são geralmente meninas que engravidam na adolescência, muitas vezes, por falta de instrução familiar e prevenção.

Tabela 1 - Casos de gestantes com sífilis no município de Ilhéus-BA de 2010 a 2014 por faixa etária.

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	%
10-14	4	1	-	-	-	4,2
15-19	12	5	7	6	5	29,8
20-34	28	15	19	5	6	61,8
35-49	2	1	2	-	-	4,2
Total	46	22	28	11	11	100

FONTE: SUVISA (2014)

De acordo com Almeida e Pereira (2007), em um estudo na capital da Bahia em Salvador, observou-se que a frequência gestacional foi na faixa etária de 16 a 30 anos, onde 16 a 20 anos com 85 casos (21,7%) e 21 a 30 anos com 174 casos (44,4%).

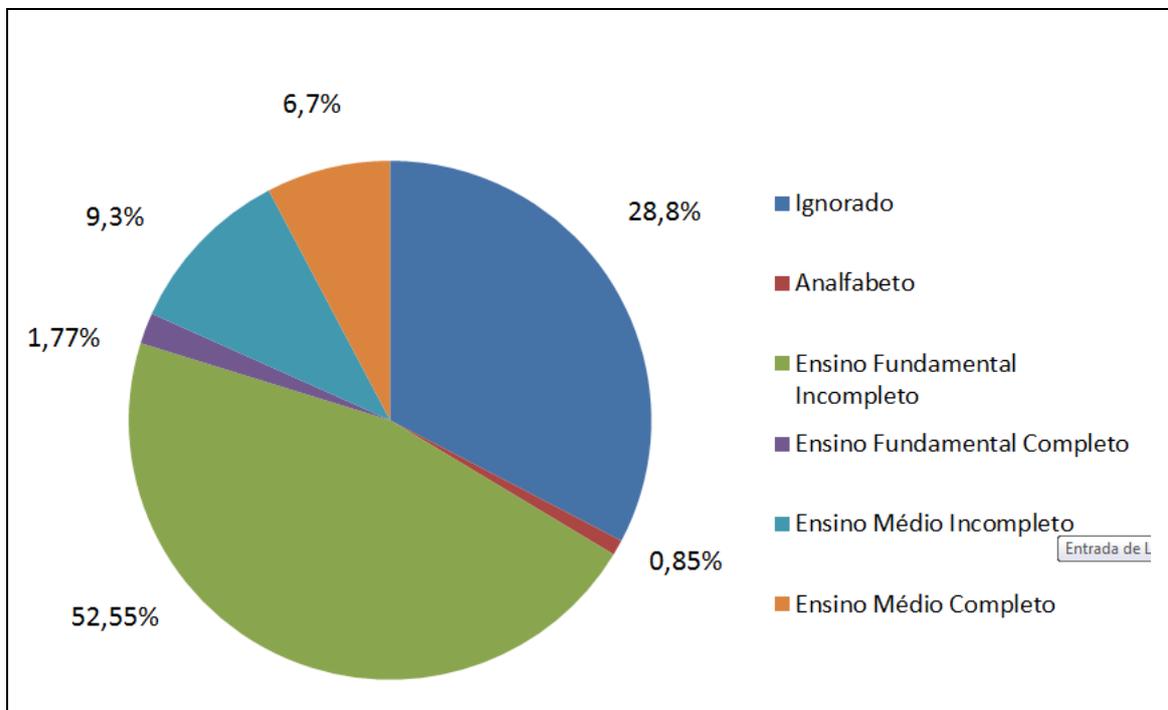
Em um estudo do perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município de Natal, Rio Grande do Norte, no período de 2004 a 2007, relatou-se que a maior frequência na faixa etária foram mulheres com 20 a 30 anos (HOLANDA, 2011).

Segundo Melo (2011), seu estudo de diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004 – 2006), apresentou 55% de gestantes com sífilis na faixa etária 20 a 29 anos.

Os achados do presente estudo coincidiram com os resultados de Salvador - BA (ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M, 2007), Recife – PE(MELO, 2011) e Natal (HOLANDA, 2011), demonstrando a maior frequência de sífilis gestacional em mulheres de 20 a 30 anos.

No que concerne à escolaridade das mulheres gestantes com sífilis foram ignorados os registros de 34 casos, correspondente a 28,8 %. Os demais casos corresponderam: a analfabeto (1 caso = 0,85%), Ensino Fundamental Incompleto (62 casos = 52,55%), Ensino Fundamental Completo (2 casos = 1,77%), Ensino Médio Incompleto (11 casos = 9,3%) e Ensino Médio Completo (8 casos = 6,7%) (Figura 2).

Figura 2- Escolaridade de gestantes com sífilis no município de Ilhéus – BA de 2010 a 2014.



FONTE: SUVISA (2014)

Em uma pesquisa realizada em Salvador, a maioria das mulheres com sífilis tinha o primeiro grau completo, correspondendo a 124 (31,6%) casos, 237 (60,4%) casos foram ignorados, 16 casos de analfabetismo (4,1 %), 14 casos com segundo grau completo (3,6%) e 1 caso com o ensino superior (0,3 %) (ALMEIRA; PEREIRA, 2007).

Em um trabalho realizado por Oliveira e Santos (2015), no Estado da Bahia no período de 2010 a 2013, a escolaridade materna em 593 casos (37,2%) foi de ensino fundamental incompleto, e o número de casos de mães com escolaridade ignorada/em branco foi 630 (39,4%). No município de Natal, 67,9% possuem o ensino fundamental incompleto (HOLANDA et al., 2011) e no Recife-PE com 57,59% (MELO et al, 2011).

Ocorreu similaridade no grau de escolaridade e casos ignorados com relação à cidade de Ilhéus em relação a Salvador, todo Estado da Bahia, Natal e Recife-PE.

Sobre a classificação clínica dos casos, foram observados 80 casos ignorados, (67,8%), seguida pela sífilis primária com 27 casos (22,88%), sífilis secundária com 6 casos (5,08%), sífilis terciária com 3 casos (2,54%) e latente com 2 casos (1,7%) (Tabela 3).

Tabela 2 - Classificação clínica em gestantes em Ilhéus-BA de 2010 a 2014

Classificação clínica	2010	2011	2012	2013	2014	%
Ign/ Branco	25	18	17	9	11	67,8
Primária	15	4	7	1	-	22,88
Secundária	4	-	2	-	-	5,08
Terciária	2	-	-	1	-	2,54
Latente	-	-	2	-	-	1,7
Total	46	22	28	11	11	100

FONTE: SUVISA (2014)

Segundo Almeida e Pereira (2007), em Salvador no período de 1997 a 1999, ocorreram 359 casos ignorados (91,5%), seguidos da sífilis primária com 31 casos (7,9%), sífilis secundária e latente com 1 caso (0,3%). Pode-se verificar que uma semelhança com Ilhéus ficou notória, pois o percentual de casos ignorados ficou em destaque, evidenciando possíveis subregistros.

Sobre o teste laboratorial, em Ilhéus, 15 (12,7%) casos foram ignorados, 12 casos foram Não-reativo (10,2%), 20 casos Reativos (16,9%) e 71 casos não realizados (60,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Diagnóstico laboratorial por teste treponêmico em gestantes em Ilhéus 2010 a 2014.

Teste treponêmico	2010	2011	2012	2013	2014	%
Ign	5	1	3	6	-	12,7
Não-reativo	5	2	3	1	1	10,2
Reativo	7	4	6	-	3	16,9
Não realizado	29	15	16	4	7	60,2
Total	46	22	28	11	11	100

FONTE: SUVISA (2014)

Em Salvador, 74 casos (18,9%) realizaram o diagnóstico da sífilis na gravidez, 76 casos (19,4%) não realizaram e 242 casos (61,7%) ignorados (ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M., 2007).

Holanda et al. (2011), descreveram que em Natal, Rio Grande do Norte, 108 mulheres realizaram o diagnóstico de sífilis na gravidez (34,7%), não realizaram 133 (42,8%) e casos ignorados 70 (22,5%).

O percentual de mulheres que não realizaram o diagnóstico laboratorial em Ilhéus foi de 60,4%, em Salvador 19,4% (ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M., 2007) e Natal 42,8% (HOLANDA, 2011). O município de Ilhéus, comparado a outras localidades, apresentou porcentagem superior em relação ao diagnóstico laboratorial não realizado, onde mostrou-se que o município necessita de melhor acolhimento a gestante com sífilis.

Sobre o esquema de tratamento das gestantes em Ilhéus, foram observados 26 (22%) casos ignorados, 2 casos (1,7%) realizaram tratamento com a Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI), 36 casos (30,5%) com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI, 4 casos não tratados (3,4%), 48 casos (40,7%) não realizados e 2 casos (1,7%) com outro esquema de tratamento (Tabela 4).

Na cidade de Salvador, foram verificados 259 (66,0%) casos de tratamento preconizado, 20 casos (5,1%) de outros esquemas, 8 casos (2,0%) não realizados e 105 casos (26,9%) ignorados (ALMEIDA; PEREIRA, 2007).

Em Natal, Rio Grande do Norte, foram notificados tratamentos não adequados em 227 casos (73,0%); 51 (16,4%) e casos ignorados (HOLANDA, 2011).

No Rio de Janeiro, no trabalho realizado por Fernandes; Fernandes e Nakata (2007), destacou-se que as gestantes analisadas e tratadas, somente 47% foram tratadas de forma correta.

Tabela 4 - Esquema de tratamento de gestantes com sífilis em Ilhéus-BA 2010 A 2014

Esquema de tratamento	2010	2011	2012	2013	2014	%
Ign/ Branco	13	2	3	7	1	22
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	-	-	-	-	-	
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	-	1	-	-	1	1,7
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	19	3	5	1	8	30,5
Não tratado	-	-	-	3	1	3,4

Não realizado	13	15	20	-	-	40,7
Outro esquema	1	1	-	-	-	1,7
Total	46	22	28	11	11	100

FONTE: SUVISA (2014)

É importante destacar que diversos registros podem refletir a necessidade de capacitação dos profissionais no manuseio das fichas de notificação, no fornecimento dos dados no sistema e da importância da notificação desses dados, uma vez que, o número de casos ignorados/em branco, reflete a subnotificação existente.

4 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico de gestantes com sífilis no município de Ilhéus – BA, mostrou maior frequência em 2010, ocorrendo queda nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 respectivamente. A faixa etária de 20 a 34 anos foi a mais afetada, por ser a que está em idade para a gestação, com maior frequência de escolaridade para o ensino fundamental incompleto com 62 casos (52,55%).

A falta do diagnóstico laboratorial reflete uma realidade preocupante, pois 60,2 % das gestantes não realizaram. Com relação ao tratamento da gestante, os casos não tratados e ignorados encontram-se em torno de 60%. Devido à ocorrência da não uniformidade dos atos de vigilância, no que diz respeito à notificação, registro e investigação, pode ter contribuído para baixa qualidade das informações.

Os resultados encontrados nessa pesquisa podem contribuir com ações e estratégias para identificação e controle de gestantes com sífilis, evitando dados subnotificados que dificulta o desenvolvimento de indicadores epidemiológicos e ressaltam a necessidade de melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal O controle da doença poderá contribuir na diminuição e notificação de casos de sífilis em gestantes no município de estudo e em todo Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. **DST Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Salvador v. 19, n. 3-4, p. 144-156, 2007.

AMARAL, E.; MILANEZ, H. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira Ginecologista Obstetra**, Campinas, v. 30, n. 7, p. 325-7, 2008.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

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.

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; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

FERNANDES, R. C. S. C. et al. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **DST Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro v. 19, n. 3/4, p. 157-61, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO E. A. et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande, **DST Jornal Brasileiro Doenças sexualmente transmissíveis**, Campo Grande - MS 19(3-4): 139-143 – ISSN: 0103-4065, 2007.

HOLANDA, M. T. C. G. de et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Natal-RN v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

IBGE. Bahia-Ilhéus. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2014**. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291360>>. Acesso em: 02 de jun. 2014.

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio Grande do Sul-RS v. 23, n. 10, 2001.

MELO, N. G. D. O. et al. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília v. 20, n. 2, p. 213-222, 2011.

MURRAY, R. P.; ROSENTHAL, S. K.; PFALLER, A. M. **Microbiologia Médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MESQUITA, K. O. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobral v. 11, n. 1, 2013.

OLIVEIRA, J. S.; SANTOS, J. V.. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA, NO PERÍODO DE 2010 A 2013. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v.2, n.2, 2015.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1341-9, 2003.