

INCIDÊNCIA E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NO CEARÁ

CONGENITAL SYPHILIS IN CEARÁ: INCIDENCE AND CONTROL

IMPACTO Y CONTROL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN CEARÁ

IZABEL PATRÍCIA ERNESTO XIMENES¹
ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA²
GISELLE LIMA DE FREITAS³
NANCY COSTA DE OLIVEIRA⁴

A sífilis congênita representa um problema de saúde pública no Brasil, apesar de ser evitável quando a mulher é diagnosticada e tratada na gestação, sendo, portanto, um marcador de qualidade da assistência pré-natal. Objetivou-se avaliar a incidência da sífilis congênita no Ceará entre 2001 e 2006; verificar idade, escolaridade e realização de pré-natal pelas gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita, bem como, a realização de tratamento pelos parceiros. Tratou-se de estudo documental. Os dados foram coletados no SINAN da SESA-CE, em novembro de 2007. Foram notificados 1.203 casos de sífilis congênita em todo o Estado, em uma série histórica ascendente ano a ano, apesar do elevado número de gestantes que realizou pré-natal. O não tratamento dos parceiros mostrou-se ser uma realidade no SUS-CE. A incidência de sífilis congênita é um indicador de impacto da qualidade da assistência pré-natal. Portanto, seu aumento nos últimos seis anos, no Ceará, orienta para a necessidade de ações voltadas ao seu controle, particularmente no pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Incidência; Sífilis congênita; Cuidado pré-natal; Controle de doenças transmissíveis.

Congenital syphilis is a public health problem in Brazil, though it is avoidable if a woman is diagnosed and treated during pregnancy, what is therefore, a marker for the quality of prenatal care. The objective of this research was to evaluate the incidence of congenital syphilis in Ceará throughout the years 2001 and 2006 and to verify the insertion of pregnant women with syphilis during the pre-natal, and the inclusion of their partners in the treatment. It was a documental study. Data were collected in SINAN of SESA-CE, in November 2007. There were 1,203 reported cases of congenital syphilis in the whole state, in a historical series ascending year after year, despite the increase in the number of pregnant women who had prenatal care. Failure in the treatment of the partners has proven to be a reality in the SUS-CE. The incidence of non-treatment is an index which indicates the quality of the prenatal assistance. Therefore, its increase in the last six years, in Ceará, guides for the necessity of actions directed to its control, particularly, during the prenatal.

KEYWORDS: Incidence; Syphilis Congenital; Prenatal Care; Communicable disease control.

La sífilis congénita es un problema de salud pública en Brasil, a pesar de que puede ser evitada si la mujer es diagnosticada y tratada durante el embarazo, siendo, por lo tanto, un marcador de calidad de la atención prenatal. El objetivo fue evaluar la incidencia de la sífilis congénita en Ceará entre 2001 y 2006; verificar edad, escolaridad y realización de prenatal por las gestantes cuyos recién nacidos tuvieron sífilis congénita, así como, la realización de tratamiento por parte de los compañeros. Se trató de un estudio documental. Los datos fueron recogidos en SINAN de SESA-CE, en noviembre de 2007. Se notificaron 1.203 casos de sífilis congénita en todo el Estado, en una serie histórica ascendente año tras año, a pesar del alto número de mujeres embarazadas que realizaron prenatal. La falta de tratamiento de los compañeros ha demostrado ser una realidad en el SUS-CE. La incidencia de sífilis congénita es un indicador de impacto de la calidad de la atención prenatal. Por lo tanto, su aumento en los últimos seis años, en Ceará, orienta hacia la necesidad de acciones dirigidas a su control, particularmente en el prenatal.

PALABRAS CLAVE: Incidencia; Sífilis Congénita; Atención Prenatal; Control de enfermedades transmisibles.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do CNPq.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* por via transplacentária, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada, para o seu concepto. Para efeito de classificação, apresenta dois estágios: sífilis congênita precoce, diagnosticada até dois anos de vida; e sífilis congênita tardia, diagnosticada após esse período¹.

Embora, a prevalência da sífilis tenha diminuído na década de 1940, com a descoberta da penicilina, a partir da década de 1960 e, de maneira mais acentuada, na década de 80, tem-se observado tendência mundial no seu recrudescimento na população em geral e, de forma particular, dos casos de sífilis congênita².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo menos meio milhão de crianças ainda nascem a cada ano com sífilis congênita, no mundo. A sífilis na gestante é responsável por mais de meio milhão de natimortos e abortos anualmente, tornando-a um dos problemas de saúde pública mais desafiadores nesse início de milênio, com compromisso internacional de eliminação³.

A cada ano, cerca de 12 mil recém-nascidos contraem sífilis no Brasil, porque suas mães não foram submetidas a exame diagnóstico, tampouco a tratamento durante a gestação. Sem medidas de controle, 25% das gestantes infectadas transmitem a doença aos filhos, antes, durante ou após o parto. Com tratamento, a taxa pode cair para um caso por cada 1.000 nascidos vivos. Estima-se que, a cada ano, surjam 957 mil novos casos da doença no País, atingindo 48 mil grávidas, o equivalente a 1,6% das gestantes por ano. Na tentativa de mudar esse quadro e reduzir a transmissão vertical da sífilis congênita a próximo de zero, o Ministério da Saúde anunciou metas para garantir que, até 2011, 90% das gestantes façam exames da sífilis antes do parto, percentual que é atualmente de 75%⁴.

A sífilis congênita representa uma das principais causas de morbidade e de mortalidade perinatal evitável, pois é possível fazer o diagnóstico precoce e proceder ao tratamento adequado da gestante, o qual prevenirá a doença no feto e/ou recém-nascido⁵. É, portanto, considerada um marcador da qualidade de assistência à saúde

materno-fetal, pela simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico⁶.

O diagnóstico sorológico da sífilis é realizado pelo *Venereal Disease Research Laboratories* (VDRL) e o *Fluorescent Treponema Antigen Absorbent* (FTA-abs), Microhemoaglutinação para *Treponema pallidum* (MHA-Tp) ou Elisa. O VDRL, teste diagnóstico mais utilizado, torna-se reativo a partir da segunda semana depois do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, em geral, está mais elevado na fase secundária da doença. Este deve ser solicitado a toda gestante por ocasião da primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre) e outro na trigésima semana de gestação⁶.

Tratamento adequado da sífilis em gestantes é todo tratamento realizado o mais precoce possível, de forma completa e de acordo com o estágio da doença, feito com Penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. A droga de escolha é a penicilina G benzatina intramuscular, que é aplicada 2,4 milhões UI em dose única, quando tratar-se de sífilis primária; 4,8 milhões UI quando sífilis latente recente; e 7,2 milhões de UI quando sífilis latente tardia⁷.

Em face ao exposto decidiu-se pela realização do presente estudo, para o qual foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: qual o comportamento da sífilis congênita no Ceará, nos últimos cinco anos? Qual a faixa etária e a escolaridade das gestantes com sífilis? Essas mulheres têm realizado pré-natal? Seus parceiros têm sido diagnosticados e tratados?

Para dar respostas a tais questionamentos foram elaborados os objetivos: avaliar a incidência da sífilis congênita no Ceará entre 2001 e 2006; verificar idade, escolaridade e realização de pré-natal pelas gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita, bem como, a realização de tratamento pelos parceiros.

METODOLOGIA

Estudo documental, no qual os dados foram coletados em novembro de 2007, no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria da Saúde do Ceará. Correspondeu aos casos de sífilis congênita notificados entre 2001 e 2006 (N=1.203).

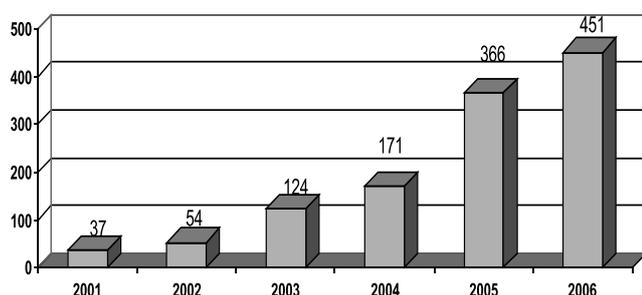
A sífilis congênita é declarada doença de notificação compulsória desde 1986, conforme Portaria 542, de 22 de dezembro de 1986⁸. A notificação é feita pelo preenchimento da “Ficha de notificação/ investigação de caso de sífilis congênita” em nível local, devendo ser preenchida por profissionais de saúde. Seu conteúdo é transferido posteriormente por meio informatizado para o SINAN das Secretarias de Saúde dos Estados, que enviam para a consolidação em nível federal⁹.

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, contendo frequências absolutas e relativas, e analisados à luz da literatura pertinente ao tema.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável conforme protocolo nº. 233/07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADOS NO CEARÁ DE 2001 A 2006.
CEARÁ, NOV. 2007



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

Entre 2001 e 2006 foram notificados 1.203 casos de sífilis congênita no Estado. A série histórica mostrou-se ascendente durante todo o período. Entre 2001 e 2002, o aumento percentual correspondeu a 45,9%. Entre 2002 e 2003 foi observado o maior aumento percentual do número de casos, correspondendo a 129,6%. De 2004 para 2005 o aumento foi de 114% (segundo maior aumento) e de 2005 para 2006 a elevação percentual foi de apenas 22,2%, o que chama atenção essa queda abrupta de incremento no número de casos notificados, já que nos dois anos antecedentes a este, o incremento superou os 110%.

O aumento no número de casos de sífilis congênita notificados ano a ano no Ceará implica em necessidade de

ações voltadas ao seu controle, bem como, em orientação da população, tendo em vista que esta é uma doença 100% evitável, desde que seja feito o diagnóstico precoce e estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s). Entretanto, também pode representar melhoria na notificação dos casos nos respectivos anos, atribuída à melhoria da vigilância epidemiológica de municípios e Estado, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), bem como a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Mesmo assim, com base no número de casos esperado, é reconhecida a subnotificação no Estado e no País.

Em 2005 foram notificados, no Brasil, 5.710 casos de sífilis, porém o número esperado era estimado para algo em torno de 12 mil. Portanto, há uma subnotificação significativa, que é dividida entre todos os estados da federação⁴.

Levantamento efetuado pelo Ministério da Saúde revelou que 25% das gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde não verificaram a possibilidade de estarem com sífilis durante o acompanhamento pré-natal, em 2006. A mesma estatística aponta que 19% das mulheres não fizeram o VDRL nem antes da gravidez nem mesmo depois que o bebê nasceu.⁴ Essa realidade nacional, que reúne a realidade das diferentes regiões e estados brasileiros e, particularmente, do Ceará, confirma a relação entre os casos de sífilis congênita e falhas na assistência pré-natal.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.
CEARÁ, 2001 - 2006. NOV. 2007.

Idade (anos) (N=1.203)	Nº.	%
10 – 14	2	0,2
15 – 19	217	18,0
20 – 24	367	30,5
25 – 29	254	21,1
30 - 34	136	11,3
35 – 39	84	7,0
40 ou mais	37	3,1
Ignorada	106	8,8

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

A idade de gestantes com sífilis variou de 10 a mais de 40 anos, ou seja, a ocorrência de casos de sífilis

congênita acomete crianças nascidas de mães de todas as idades, demonstrando a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. Destaca-se o número de gestantes com idade ignorada (106 – 8,8%), aspecto que denuncia o subregistro na “Ficha de notificação/investigação de caso de sífilis congênita”, sinalizando para a necessidade de uma notificação com registro de todos os campos da referida ficha.

O percentual de idade materna ignorada, no mesmo período, no país, foi de 2,9%, portanto, no Ceará o subregistro chega a ser três vezes maior do que a média nacional. Outro aspecto é o elevado número de casos de sífilis entre 15 e 19 anos (217-18%), faixa etária da adolescência; e entre 20 e 24 anos (367-30,5%), faixa etária de adultos jovens. Destaca-se a ocorrência de dois casos de sífilis congênita na faixa etária de 10 a 14 anos, ambos no ano de 2005. Tais achados confirmam a iniciação sexual precoce e desprotegida, devendo ser substituída pela prática do sexo seguro. Em geral, a primeira relação sexual entre adolescentes não é planejada, o que contribui para que o preservativo esteja ausente nas primeiras relações sexuais, mesmo sendo o meio para proteger-se da gravidez não planejada, das DST/HIV e de vivenciar sua experiência sexual de maneira saudável e responsável ¹⁰.

Segue a maior concentração de notificação de casos dos 25 aos 34 anos (390-32,4%), auge da fase reprodutiva, o que já é de se esperar pelo maior volume de gestações nessa faixa etária. Acima dos 35 anos foram notificados 121 (10,1%) casos, quando a idade já passa a constituir um fator de risco reprodutivo. No País, o comportamento da sífilis com relação à faixa etária também é disperso, atingindo as diferentes faixas etárias reprodutivas. Em estudo sobre mortalidade perinatal por sífilis congênita foi mostrado que em 65,1% dos casos, a idade materna variou entre 20 anos ou mais e 44,9% das gestantes tinham idade igual ou inferior a 20 anos ⁵.

A prevenção da sífilis congênita necessita de medidas de controle desde a pré-concepção, no sentido de serem rastreados e tratados os casos de mulheres infectadas e seu(s) parceiro(s), bem como durante o pré-natal, no sentido de se manter o uso do preservativo como precaução para que a infecção não seja transmitida na gestação. A prevenção de sífilis, no entanto, necessita de ações direcionadas às mais variadas idades.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO ESCOLARIDADE MATERNA. CEARÁ, 2001-2006, NOV. 2007.

Escolaridade (N= 1.203)	Nº.	%
Nenhuma	59	4,9
1 a 3 anos	227	18,9
4 a 7 anos	406	33,8
8 a 11 anos	186	15,4
12 ou mais	60	5,0
Ignorada	265	22,0

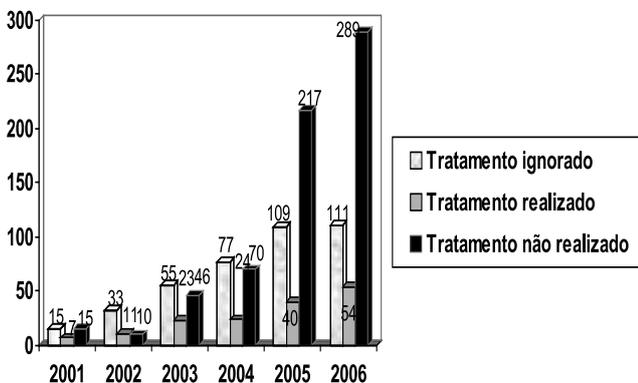
Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

De acordo com a tabela 2, a escolaridade das gestantes variou desde não ter escolaridade a ter 12 anos ou mais de estudos, o que caracteriza o ensino superior. O subregistro também se fez presente nesta variável, ou seja, 265 (22,0%) dos casos notificados tiveram esse dado ausente, o que reforça a análise realizada para a variável idade de que a “Ficha de notificação/investigação de caso de sífilis congênita” precisa ter todos os campos preenchidos, sob pena de ter a investigação de caso de sífilis congênita comprometida.

Nenhuma escolaridade até escolaridade de sete anos de estudos (correspondente ao analfabetismo até o ensino fundamental) correspondeu a mais da metade da população investigada (692-57,6%). Esses dados corroboram autores que afirmam haver associação entre baixa escolaridade materna e a ocorrência de agravos à saúde materna e infantil. A baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, pois está associada ao baixo peso ao nascer, à mortalidade infantil e ao aumento do número de partos ¹¹. Em se tratando da sífilis, estudo multicêntrico nacional de corte transversal, com 3.233 puérperas, apontou risco três vezes maior para VDRL positivo (OR = 3,05) em mulheres com baixa escolaridade (inferior a 8 anos) ¹².

O tratamento de gestantes com sífilis deve incluir o tratamento de seu(s) parceiro(s), sobremaneira, sem o que a mulher corra o risco de ser re-infectada e infectar o concepto. Ressalta-se, que em um estudo sobre a compreensão dos riscos de exposição à IST/Aids foi identificado que os participantes casados são os que mais se acham livre do risco de contrair alguma doença, tendo em vista que não fazem uso habitual de preservativo, considerando seguro o fato de terem parceiro fixo ¹³.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PARCEIROS DE GESTANTES CUJOS RECÉM-NASCIDOS APRESENTARAM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO REALIZAÇÃO OU NÃO DE TRATAMENTO. CEARÁ 2001-2006, NOV. 2007.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

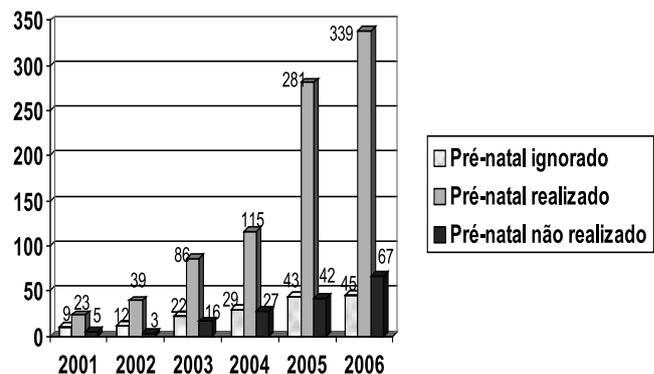
De acordo com o gráfico 2, observa-se um aumento no número de casos notificados ano a ano, nos quais os parceiros não foram tratados, à exceção de 2001 para 2002, quando no primeiro ano foram notificados 15 casos sem tratamento e no ano seguinte 10 casos. O número de casos cujos parceiros tiveram tratamento ignorado, que vem novamente reforçar o subregistro na notificação/investigação da sífilis congênita, foi crescente ano a ano, apresentando valores absolutos superiores aos de tratamento realizado ao longo de toda a série histórica. O número de casos de parceiros não tratados superou o número de casos de parceiros tratados em todos os anos investigados, demonstrando, pois, ineficácia na quebra da cadeia de transmissão, tendo em vista que, parceiro não tratado indica acompanhamento inadequado da gestante, podendo levar ao diagnóstico de sífilis congênita no recém-nascido.

A notificação/investigação do parceiro deveria ser obrigatória quando se pretende o controle da doença¹⁴. Esta abordagem é sabidamente de mais difícil realização pelos profissionais de saúde, porém precisa ser realidade. De acordo com estudo do Programa Nacional de DST/aids somente 17,3% das gestantes, no País, têm o parceiro tratado para sífilis¹⁵.

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, adotando condutas acolhedoras e com intervenções oportunas. A assistência pré-natal deve garantir a captação precoce da gestante (até 120 dias da gestação)

a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e oferta de exames laboratoriais básicos (destacando-se o VDRL)⁶. A esse respeito, destaca-se que a “Ficha de notificação/ investigação de casos de sífilis congênita” não especifica critério para caracterizar “pré-natal realizado”, ou seja, se a gestante teve uma consulta e uma outra teve seis, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde para se considerar que uma gestante realizou pré-natal, em ambas as situações o caso é notificado como a gestante tendo “pré-natal realizado”. Deste modo, uma análise consistente das variáveis, cuidado pré-natal e sífilis congênita, torna-se limitada.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES CUJOS RECÉM-NASCIDOS TIVERAM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO A REALIZAÇÃO OU NÃO DE PRÉ-NATAL. CEARÁ, 2001-2006. NOV. 2007.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

O número de gestantes cujos recém-nascidos apresentaram sífilis congênita e que realizou consultas de pré-natal mostrou-se ascendente durante o período estudado, com valores absolutos superiores ao número de casos com pré-natal ignorado e pré-natal não realizado. Persistiram casos ignorados e gestantes sem pré-natal, o que é inaceitável, pela magnitude dessas medidas no que concerne ao controle da sífilis congênita. Em percentuais, a série histórica revela que em 62,1%, 72,2%, 69,4%, 76,8%, 75,1% dos casos notificados em 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006, respectivamente, as gestantes tinham pré-natal, que pelo discutido anteriormente é insuficiente para embasar qualquer inferência. Mesmo assim, os percentuais se mantiveram estáveis, sobre o que destacamos a necessidade de que 100% das gestantes desse País tenham acompanhamento pré-natal adequado, em quantidade e qualidade.

A falta e/ou dificuldade de acesso à assistência pré-natal é considerada como um dos principais fatores responsáveis pela persistência dos elevados índices de sífilis congênita. Estudo realizado com 46 puérperas, que tinham antecedentes de sífilis ou VDRL positivo, atendidas em uma maternidade no Estado do Pará apontou que das gestantes que realizaram pré-natal, apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre. Mostrou ainda que, apenas 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal receberam tratamento adequado, dado este que também denuncia a baixa qualidade da assistência pré-natal em nosso meio. A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, pode explicar diversos casos de sífilis congênita. O pré-natal inadequado impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce¹⁶.

CONCLUSÃO

Observou-se acentuada elevação no número de casos de sífilis congênita notificada no Ceará entre 2001-2006. A ocorrência do agravo atingiu toda a faixa reprodutiva feminina, destacando as adolescentes e adultas jovens, de baixa escolaridade. Ressalta-se a elevada incidência do agravo em adolescentes, refletindo precocidade no início da vida sexual e a importante contribuição dos programas PSF e PHPN, como estratégias que poderão estar contribuindo para o aumento de casos de sífilis congênita notificados.

O não tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis mostrou-se uma realidade no Sistema Único de Saúde do Ceará (SUS-CE), o que impede a quebra da cadeia de transmissão da doença e aumenta o risco de casos de sífilis congênita.

Deixamos a indicação de que um parâmetro seja definido e que passe a ser utilizado nacionalmente, no que diz respeito a “ter pré-natal realizado” – campo de registro da “Ficha de notificação/ investigação de caso de sífilis congênita”.

A notificação dos casos de sífilis congênita constitui um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo e para orientar as ações de controle e eliminação.

Diante dos achados do estudo, faz-se necessária a implementação de ações para o controle da doença, intensificando a notificação, reduzindo o subregistro, bem como intensificando medidas relacionadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população, diagnóstico e tratamento em tempo hábil para evitar a sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília; 2001.
2. De Lorenzi DRS; Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet 2001; 23(10):647-52.
3. Prefeitura de São Paulo. Secretaria de Saúde. Controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis. São Paulo; 2007. [acesso 2007 out 20]. Disponível em: <http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaidis/novo_site/imagens/fotos/TVFolheto%20PDF.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis – SBDST. Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. 2007. [Acesso 2008 jan 20]. Disponível em: <<http://www.dstbrasil.org.br/noticias.asp?codigo=144>>.
5. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, 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.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. Brasília; 2006.
8. Ministério da Saúde(BR). Portaria n°542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF), 24 de dezembro de 1986, Seção 1, p.19827.
9. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo da 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.

10. Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis – SBDST. Aids: Brasil reduz em mais de 50% o número de casos em bebês. 2007. [Acesso 2008 fev 18]. Disponível em: <<http://www.dstbrasil.org.br/noticias.asp?codigo=136>>.
11. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):499-507.
12. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):1025-9.
13. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Sífilis Congênita GN-dEs. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16(3):168-75.
14. Pao D, Bingham JS. Management issues in syphilis. *Drugs* 2002; 62(10):1447-61.
15. Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis – SBDST. Qualidade da notificação da sífilis é discutida em reunião em Brasília. 2007. [Acesso 2007 dez 15]. Disponível em: <<http://www.dstbrasil.org.br/noticias.asp?codigo=117>>.
16. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAZ. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev Paraense Med* 2006; 20(1):47-51

RECEBIDO: 25/04/2008

ACEITO: 04/08/2008