

**Sífilis gestacional: proposta de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce**  
**Gestational syphilis: intervention proposal for prevention, diagnosis and early treatment**

**Ana Keline de Moura**

Planejamento, execução e redação da pesquisa. Graduada pela Universidade Estadual do Piauí. Bolsista do Programa Mais Médicos no município de Monsenhor Hipólito-PI.

**Maria do Amparo Salmito Cavalcanti**

Orientação e revisão final. Médica. Doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí.

Autora responsável:

Ana Keline de Moura. Endereço: Travessa 12 de outubro, n 199. Bairro: Centro. CEP: 64650-000 Monsenhor Hipólito-PI. Telefone: (89)988182970. Email: [anakelinemoura@gmail.com](mailto:anakelinemoura@gmail.com).

**Sífilis gestacional: proposta de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce**  
**Gestational syphilis: intervention proposal for prevention, diagnosis and early treatment**

## RESUMO

A sífilis gestacional é uma doença com diagnóstico e tratamento bem estabelecidos, mas que ainda compreende parte dos problemas nas equipes de saúde. A triagem sorológica no pré-natal é uma medida eficaz e o tratamento com penicilina é efetivo e barato. Dessa forma, o objetivo do estudo é elaborar um plano de intervenção, com medidas para prevenção, diagnóstico e tratamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis na Unidade Básica de Saúde Serra Azul, município de Monsenhor Hipólito-PI. Trata-se de uma pesquisa-ação no qual realizou-se diagnóstico situacional, revisão da literatura sobre o tema e a elaboração do plano de ação para o problema da sífilis gestacional no município supracitado. Como resultado estabelecido, o plano de intervenção propõe aumentar uso do preservativo, disponibilizar penicilina benzatina nas unidades de saúde, levar informações à população e aumentar a realização de testes rápidos. A persistência da doença em diversos municípios do país mostra que ainda existe falha na sua abordagem cabendo às equipes de saúde se mobilizarem a fim de reverter a situação.

**Descritores:** gestação, sífilis, cuidado pré-natal.

## ABSTRACT

Gestational syphilis is a disease with a well-established diagnosis and treatment, but which still comprises part of the problems in healthcare teams. Prenatal serological screening is an effective measure and treatment with penicillin is effective and inexpensive. Thus, the objective of the study is to develop an intervention plan, with measures for prevention, diagnosis and adequate treatment of pregnant women diagnosed with syphilis in the Basic Health Unit Serra Azul, Monsenhor Hipólito-PI. This is an action research in which a situational diagnosis was carried out, a review of the literature on the subject and the development of an action plan for the problem of gestational syphilis in the aforementioned municipality. As an established result, the intervention plan proposes to increase condom use, make benzathine penicillin available in health facilities, bring information to the population and increase the performance of rapid tests. The persistence of the disease in several municipalities in the country shows that there is still a flaw in its approach and it is up to the health teams to mobilize in order to reverse the situation.

**Keywords:** pregnancy, syphilis, prenatal care.

## INTRODUÇÃO

Monsenhor Hipólito é uma cidade do Piauí, que teve início como povoado na fazenda 'Riachão', de propriedade dos senhores Vítor Hipólito Ferreira, Izidro Pereira Bezerra e Antônio dos Anjos e recebeu o mesmo nome da fazenda. O primeiro comerciante do povoado de Riachão foi o senhor Carlos Hipólito Ferreira, pai do Monsenhor João Hipólito de Sousa Ferreira, que posteriormente legaria seu nome à cidade. Com o processo de evolução surgiu nos anos 50, um movimento para a sua emancipação política. Foi elevada à categoria de cidade com o nome de Monsenhor Hipólito, pela lei n.º 1.445, em 30 de novembro de 1956. Sua instalação oficial ocorreu em 26 de julho de 1957. A mesma fica a uma distância de 370 km da capital, Teresina. Em 2019, tem uma população estimada de 7749 pessoas.

O município possui 4 equipes de saúde. O PSF II abrange 5 microáreas, com um total de aproximadamente 1800 usuários cadastrados, no entanto, estima-se que este número seja maior. Está localizado na zona rural. Os atendimentos ocorrem em 2 UBSs: Serra Azul e Aroeiras. A maior parte do atendimento à população ocorre através das UBSs. Há uma unidade mista, que conta com

médico em apenas alguns turnos. Casos mais graves são transferidos para o hospital de referência em Picos.

Entre os problemas enfrentados pela equipe de saúde da família II estão o elevado número de diabéticos e hipertensos, tabagistas, obesidade infantil e adulta, uso excessivo de psicotrópicos, casos de sífilis em gestantes, inclusive com caso de óbito fetal. Nas outras equipes de saúde também foram notificados casos de sífilis gestacional.

A priorização de problemas foi realizada utilizando critérios como importância do problema, sua urgência, capacidade da equipe para enfrentá-lo, viabilidade e recursos. O problema priorizado foi sífilis em gestantes.

As IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo (PINTO et al., 2018). Em especial, a sífilis na gestação leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo e coloca um adicional de 215 mil crianças com maior risco de morte prematura (SBP, 2018).

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, cujo homem é o único reservatório (MOTTA et al., 2018). Tem o contato sexual como principal via de transmissão, com infectividade de cerca de 60%. Gestantes infectadas podem transmitir para o feto, configurando transmissão por via vertical. As taxas de transmissão vertical variam de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença, e 30% nas fases latente e terciária. Outras formas de transmissão podem ser por via indireta (objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (DAMASCENO et al., 2014).

Para o diagnóstico da sífilis é necessário inicialmente a realização de avaliação clínica que inclua anamnese detalhada e exame físico capaz de identificar a presença dos sinais e sintomas dessa doença. Para a triagem, são utilizados principalmente os testes não treponêmicos (VDRL e RPR-Rapid Plasma Reagin). Para confirmar a reatividade dos testes não treponêmicos são realizados testes treponêmicos que detectam antígenos específicos do *T. pallidum*, como FTA-Abs, hemoaglutinação e imunofluorescência (PINTO et al., 2018).

Uma vez feito o diagnóstico, deve-se tratar imediatamente a gestante e orientá-la a notificar seu parceiro para que realize o tratamento, evitando assim a reinfecção. O tratamento deve ser realizado na própria unidade onde foi realizado o diagnóstico, não necessitando de internamento hospitalar. Esta é uma medida de Saúde Pública essencial para o controle e prevenção da sífilis congênita (MOREIRA, 2018).

A sífilis na população geral e em gestantes é uma doença de fácil prevenção, diagnóstico e tratamento, no entanto ainda nos deparamos com a mesma nos pré-natais. Dessa forma, o presente estudo objetivou elaborar um plano de intervenção, com medidas para prevenção, diagnóstico e tratamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis na UBS Serra Azul, município de Monsenhor Hipólito-PI.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Conceito

A sífilis é uma doença infecciosa, de caráter sistêmico e evolução crônica, sujeita a períodos de latência e surtos de agudização. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, podendo ocorrer transmissão sexual ou vertical e causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença (GUIMARÃES et al., 2018).

### **Transmissão e Epidemiologia**

A sífilis tem o contato sexual como principal via de transmissão, com infectividade de cerca de 60%. Gestantes infectadas podem transmitir para o feto, configurando transmissão por via vertical. A transmissão intraútero é a forma mais frequente, ainda que possa ocorrer infecção durante a passagem do feto pelo canal do parto e durante o aleitamento, se houver, respectivamente, lesão ativa genital ou mamária. As taxas de transmissão vertical variam de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença, e 30% nas fases latente e terciária. Ressalta-se que cerca de 40% dos casos de acometimento do concepto evoluem com abortamento, óbito fetal e natimortalidade (MOTTA et al., 2018; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A Organização Mundial de Saúde estima que 1% das gestantes estejam infectadas e que 350.000 casos apresentem essas complicações fetais decorrentes da doença.

No mundo, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano. A maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao concepto, levando a resultados adversos como morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (BRASIL, 2019).

### **Aspectos Clínicos**

A sífilis pode ser classificada como primária, secundária, latente, terciária ou congênita. A sífilis primária ocorre após três semanas de exposição; há o aparecimento de úlcera, única, medindo entre 0,3 e 3,0 cm, indolor, no local da inoculação, com resolução espontânea em três a seis semanas, podendo ocasionalmente aparecer lesões múltiplas, sendo mais comuns quando associadas à coinfeção pelo HIV (COSTA et al., 2017).

A sífilis secundária ocorre após seis semanas a seis meses da infecção primária não tratada, manifestando-se como *rash* cutâneo eritematoso e simétrico em tronco e extremidades, notadamente nas regiões palmar e plantar. Os sintomas gerais mais relatados são mal-estar, cefaleia, febre, prurido (42%) e hiporexia. Outros, menos comuns, são dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irite e rouquidão. O paciente nessa fase é muito contagioso (OMS, 2015).

A fase latente da doença inclui os pacientes assintomáticos, sem envolvimento sistêmico da doença, com sorologia positiva. Pode ser precoce (menos de um ano de evolução) ou tardia (mais de um ano de evolução) (BRASIL, 2019).

A sífilis terciária ocorre em 1 a 10 anos, com casos de até 50 anos para que a evolução se manifeste. É caracterizada pela formação de gomas sífilíticas, que podem acometer principalmente

pele, mucosas, esqueleto. As manifestações mais graves da sífilis terciária são o acometimento neurológico (paralisia geral progressiva, pupilas de Argyll Robertson, *tabes dorsalis*) e cardiovascular (aortite, aneurisma de aorta, regurgitação aórtica). Aproximadamente 40% dos pacientes com complicações cardiovasculares possuem acometimento neurológico associado (KALININ, 2015).

A sífilis congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e indiretos em saúde pública (KALININ, 2015; TANNOUS et al., 2017).

A SC se associa a baixo nível de escolaridade, piores condições socioeconômicas, antecedentes de risco obstétrico, início tardio do acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas, assim como ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta de tratamento do parceiro e ao tratamento inadequado dos casos diagnosticados (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado. Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. No momento da escolha dos testes, é importante considerar não somente os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado (COSTA et al., 2017; SOARES, 2017).

Os exames diretos são aqueles em que, por meio da observação direta em material retirado das lesões primárias ou secundárias ativas, visualiza-se a presença das espiroquetas. São estes o exame em campo escuro e a pesquisa direta com material corado.

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Dividem-se em treponêmicos (FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP, Teste rápido) os quais detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *Treponema pallidum* e são os primeiros a se tornarem reagentes e não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST) que detectam anticorpos não específicos anticardioplipina, material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis e possivelmente contra a cardioplipina liberada pelos treponemas.

Para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado um teste treponêmico mais um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA etc.).

A testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual. Em todos os casos de gestantes, o

tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste (SOARES, 2017).

Quando o TR treponêmico for utilizado como o primeiro teste, nos casos reagentes, uma amostra de sangue venoso deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico laboratorial e definição do diagnóstico.

## **Tratamento**

O tratamento preconizado pelo Ministério de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde é o uso da penicilina G benzatina, intramuscular com esquema terapêutico conforme a classificação clínica da infecção. No período gestacional, a penicilina G benzatina é a única medicação eficaz contra a transmissão vertical e para o tratamento da sífilis congênita. É importante salientar que o tratamento não é apenas medicamentoso, também conta com alguns critérios a ser considerados para que seja eficaz o uso da medicação, segundo esquema recomendado para a fase da doença, instituição do tratamento até 30 dias antes do parto e tratamento do parceiro (BRASIL, 2016).

Considera-se como tratamento inadequado aquele realizado com qualquer outra medicação que não penicilina; tratamento incompleto; em menor tempo que o preconizado; incorreto para a fase clínica da doença; realizado dentro dos 30 dias que antecederam o parto; ausência de documentação de tratamento anterior; ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; parceiro não tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem tal informação (KALININ, 2015).

É importante não perder oportunidades de prevenção da transmissão vertical da sífilis. Diante de um sinal e sintoma clínico e/ou sorologia não treponêmica positiva, e na impossibilidade de confirmação do diagnóstico, a conduta é tratar imediatamente a gestante e orientá-la a notificar seu parceiro para que realize o tratamento, evitando assim a reinfecção da mulher. O tratamento deve ser realizado na própria unidade onde foi realizado o diagnóstico, não necessitando de internamento hospitalar. No quadro 1, consta o resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Quadro 1- Resumo de esquemas terapêuticos para sífilis

<b>Estadiamento</b>	<b>Esquema terapêutico</b>
Sífilis recente (primária, secundária e latente recente), menos de 2 anos de evolução	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
Sífilis tardia (latente tardia ou latente com duração desconhecida e sífilis terciária), mais de 2 anos de evolução	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM

Fonte: SVS/MS

### **Monitoramento pós-tratamento de sífilis na gestante**

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes, e na população geral, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano.

É indicação de sucesso de tratamento quando ocorre a diminuição de dois títulos a partir de três meses após a conclusão do tratamento. Por exemplo, o título da amostra era de 1:64 e caiu para 1:16 no exame de controle pós tratamento (SOARES, 2017).

A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, descartada nova exposição ao risco durante o período analisado, indica sucesso do tratamento.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa-ação, cuja elaboração ocorreu a partir do diagnóstico situacional da comunidade adscrita à Unidade Básica Serra Azul, município de Monsenhor Hipólito, Piauí. Foi utilizada a busca ativa para identificação dos problemas vivenciados pela comunidade e também pela equipe.

Após a identificação e priorização do problema, foi realizada revisão de literatura com busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e publicações do Ministério da Saúde. Foram analisadas publicações dos últimos 5 anos. Os descritores utilizados foram: gestação, sífilis, cuidado pré-natal.

A partir daí foi elaborado o plano de intervenção com estratégias para solucionar o problema priorizado.

### **Plano de intervenção**

Para explicação do problema foram destacadas razões para a persistência da sífilis na gestação, citam-se:

- Desabastecimento da farmácia de penicilina benzatina, droga de primeira escolha com eficácia completa no tratamento e bloqueio de transmissão da doença nos últimos três anos;
- Pouca aplicação de testes rápidos durante o pré-natal;
- Tratamento inadequado: por abandono, falta de tratamento do parceiro;
- Ausência de campanhas educacionais e preventivas nas populações de risco;
- Estigma social do diagnóstico;
- Pequeno de indivíduos sexualmente ativos que fazem uso de preservativos nas relações sexuais.

As situações problemas identificadas foram:

- Baixa adesão ao uso do preservativo;
- Ausência de alternativas terapêuticas na comunidade (a penicilina benzatina, medicamento de primeira escolha, só é administrada na unidade mista e não é fornecida pela farmácia da UBS);
- Falta de informação da população quanto aos riscos relacionados à infecção;
- Dificuldade no tratamento dos parceiros (a) sexuais;
- Baixa adesão dos testes rápidos

No quadro abaixo são apresentados os desenhos das operações para resolução do problema “sífilis na gravidez na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Serra Azul em Monsenhor Hipólito-PI”.

<b>Situação problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas/Prazos</b>	<b>Ações/Estratégias</b>	<b>Responsáveis</b>
Baixa adesão ao uso de preservativo	Aumentar uso de preservativo pela população	Sensibilizar a população sobre a importância do uso dos preservativos para a prevenção das IST's/ 2 meses	Orientações sobre uso e distribuição do preservativo pelas unidades de saúde	Equipe de saúde
Ausência de alternativas terapêuticas na UBS	Aumentar o acesso a droga de primeira escolha para o tratamento da sífilis	Fornecimento da penicilina benzatina pelas unidades de saúde e aplicação nas mesmas/3 meses	Protocolo que oriente a aplicação da penicilina na APS	Equipe de saúde
Falta de informação da população quanto aos riscos relacionados à infecção	Orientar a população sobre transmissão, sintomas, tratamento e complicações da doença	Conscientização da população a respeito dos diversos aspectos da infecção/ 2 meses	Campanhas em escolas e unidades de saúde	Equipe de saúde
Dificuldade no tratamento dos parceiros	Realizar busca ativa dos parceiros	Evitar reinfecção dos pacientes tratados e evitar	Assistência e busca ativa de parcerias sexuais.	Equipe de saúde



	sexuais para tratamento	ciclo de transmissão/ 2 meses		
Baixa adesão aos testes rápidos	Realizar teste rápido no pré-natal e na população em geral	Sensibilizar população para realizar testes rápidos/ 3 meses	Agendamento para realizar testes rápidos	Equipe de saúde

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis é uma doença infectocontagiosa antiga, bem conhecida, de tratamento estabelecido e curativo quando realizado de forma adequada. O grande número de casos em diversos municípios do país mostra que ainda existe falha na sua abordagem.

Educar a população, notificar de forma adequada, tratar de forma precisa são responsabilidades dos profissionais de saúde, contudo, o impacto dessas ações ainda parece atingir uma meta aquém do adequado.

Considerando tais reflexões, esse trabalho procurou estabelecer uma forma sistematizada para enfrentar esse problema de forma a obter melhores resultados com ferramentas antigas e bem conhecidas na atenção primária: busca ativa, educação e participação social, tratamento guiado por protocolos, priorização de casos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o diagnóstico de Sífilis**. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. CONITEC, 2019.

COSTA, C.V.; SANTOS, I.A.B.; SILVA, J.M. et al. Sífilis Congênita: Repercussões E Desafios. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.46, n.3, p.194-202, 2017.

DAMASCENO, A.B.A.; MONTEIRO, D.L.M.M.; RODRIGUES, L.B. et al. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, v.13, n.3, p.89-95, 2014.

FEITOSA, J.A.S.; ROCHA, C.H.R.; COSTA, F.S. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v.5, n.2, p.286-297, 2016.

GUIMARÃES, T.A.; ALENCAR, L.C.R.; FONSECA, L.M.B. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos Ciência & Saúde**, v.25, n.2, p.24-30, 2018.

KALININ, Y. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, v.23, n.45-46, p.65-76, 2015.

MOREIRA, E.G.A. **Sífilis durante a gestação e sífilis congênita em betim e na unidade básica de campos elíseos: uma proposta de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento adequado**. 2018.56 f. Curso De Especialização Estratégia Saúde Da Família. Universidade Federal De Minas Gerais, Minas Gerais, 2018.

MOTTA, I.A.; DELFINO, I.R.S.; SANTOS, L.V. et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.28, n. Supl.6, p. e-S280610, 2018.

NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**, v.24, n.4, p.681-694, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.26, p.e3019, 2018.

PINTO, V.M.; BASSO, C.R.; BARROS, C.R.S. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.7, p.2423-2432, 2018.

SBP. **Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência**. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, nº 6, 2018.

SOARES, B.G.M.R. Perfil das notificações de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita. **SANARE**, v.16, n.2, p.51-59, 2017.

TANNOUS, L.S.D.; PANSIERA, C.J.; RIBEIRO, M.P. et al. Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis congênita na região de Catanduva-SP. **Cuidarte**, v.11, n.2, p. 187-192, 2017.