



PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO EM SANTA CATARINA ENTRE 2011 E 2020

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF
PATIENTS DIAGNOSED WITH SYPHILIS DURING PREGNANCY IN
SANTA CATARINA BETWEEN 2011 AND 2020

Ana Luísa Schmidt Ferreira¹

Nicole Bento de Oliveira¹

João Vítor Santana Mendes¹

Yago Marcelino Maciel¹

Eloá Sachet Nuernberg²

ABSTRACT: The syphilis diagnosis during the gestation is considered an event of public health interest due to its maternal and child impact. Mother-fetal transmission occurs through the passage of the spirochete *Treponema pallidum* through the placental barrier, which is possible at any time during pregnancy. Therefore, the present study aims to describe the gestational syphilis profile patients clinical and epidemiological of in the state of Santa Catarina during the period from 2011 to 2020. For this, data available at the DATASUS were analyzed, evaluating the variables of race, age group, schooling, and clinical classification of the infection. During the study period, 13,030 pregnant women were diagnosed with syphilis, most of whom were Caucasian (76.63%) and predominantly aged between 20 and 39 years (73.43%). The most frequent education of these pregnant women was Complete High School (22.66%), followed by Incomplete Elementary School (20.97%), with 36.34% having latent syphilis and 31.17% had primary syphilis. Caucasian pregnant women, in the young-adult age group and with a medium/low level of education define the profile of patients who were diagnosed with syphilis during pregnancy in Santa Catarina. Thus, it is evident that sociodemographic

factors should always be considered in the development of strategies aimed at prevention, early diagnosis, and eradicating treatment of this infection.

KEYWORDS: *Syphilis; Pregnancy; Epidemiology; Public Health.*

RESUMO

O diagnóstico de sífilis durante o período gestacional é considerado um evento de interesse de saúde pública devido ao seu impacto materno e infantil. A transmissão materno-fetal ocorre pela passagem da espiroqueta *Treponema pallidum* através da barreira placentária, sendo possível em qualquer momento da gestação. Diante disso, o presente estudo possui como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional no estado de Santa Catarina durante o período de 2011 a 2020. Para isso, foram analisados dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), avaliando as variáveis raça, faixa etária, escolaridade e classificação clínica da infecção. Durante o período do estudo, 13.030 gestantes tiveram diagnóstico de sífilis, sendo a maior parte de raça branca (76,63%) e com faixa etária predominante de 20 a 39 anos (73,43%). A

¹ Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

² Professora de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

Autora correspondente: Ana Luísa Schmidt Ferreira, Avenida XV de Novembro, 2311, apto 201, Bairro Vila São José, Araranguá, SC, 88900-104, analisa.2000.alsf@gmail.com

- Os autores informam que não existem órgãos e instituições financiadores deste estudo.

escolaridade mais frequente destas gestantes foi o Ensino Fundamental Incompleto (27,35%), seguido por Ensino Fundamental Incompleto (20,97%), sendo que 36,34% possuíam sífilis latente e 31,17% sífilis primária. Gestantes caucasianas, na faixa etária de jovem-adulta e com nível médio/baixo de escolaridade demarcam o perfil de pacientes que obtiveram o diagnóstico de sífilis durante o período gravídico em Santa Catarina. Assim, evidencia-se que os fatores sociodemográficos devem ser sempre considerados na elaboração de estratégias direcionadas à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento erradicador desta infecção.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Gravidez; Epidemiologia; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO:

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que possui como agente etiológico o *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta, que é transmissível mesmo que assintomática e em qualquer um dos seus estágios de evolução^{1,2}. Além da transmissão sexual, pode ocorrer contaminação por via vertical/placentária, culminando em uma a infecção no embrião/feto que pode evoluir de diversas maneiras de acordo com a semana gestacional em que a exposição ocorreu, como, por exemplo, aborto e malformações congênitas fetais^{1,3-5}. A sífilis gestacional ocorre principalmente devido à falha no diagnóstico e/ou no tratamento da infecção materna, que possivelmente decorre da carência de triagem oriunda tanto da não-

realização do pré-natal, quanto da desqualificação do serviço. Como consequência, não há o diagnóstico da sífilis na gestação, e ocorre a exposição do bebê à doença^{6,7}.

Fatores de risco bem delimitados são importantes para a compreensão e para que as condutas sejam adequadamente tomadas, sendo que o não tratamento da sífilis é considerado o principal fator de risco^{8,9}. Além disso, outro aspecto relevante para definir o aumento do risco de infecção congênita é a sífilis se apresentar em estágio inicial (sífilis primária, secundária e latente), que apresenta maior taxa de espiroquetemia na ausência de tratamento^{6,9,10}. Em decorrência da transmissibilidade da sífilis por via transplacentária, o seu rastreamento e diagnóstico precoce se tornam de suma importância para as gestantes, pois devido os mais diversos desfechos negativos propiciados, torna-se inegociável abdicar do pré-natal¹¹. O diagnóstico padrão ouro ocorre a partir dos testes imunológicos para sífilis, compostos por testes treponêmicos e não treponêmicos¹².

Os testes que compõem a classificação treponêmicos, são os testes que tem como intuito detectar os anticorpos específicos produzidos para se contrapor ao *T. pallidum*, sendo então os primeiros testes a positivarem após a infecção pela espiroqueta, sendo então utilizados como

primeiro teste ou teste complementares. Em contra ponto, 85% dos casos, o resultado positivo permanece pelo restante da vida, sendo então um teste não escolhido para realizar monitoramentos, bem como contraprova para eficácia de tratamento. Já os teste não treponêmicos, são compostos pela identificação de anticorpos anticardioplipina, sendo esses não específicos para o *T. pallidum*, considerado esse exame diagnóstico o único que possibilita a quantificação e a qualificação da amostra coletada, fornecendo a capacidade de analisar a amostra em sua forma pura e diluída que permite fazer então de forma titulável a documentação da eficácia de tratamento, com os indicativos de queda adequada da titulação e monitoramento¹².

A testagem universal das gestantes é o melhor método de rastreio identificado para combater os desfechos negativos no feto, sendo reconhecido o custo-benefício de tal medida. Dessa forma, preconiza-se a testagem em massa em ao menos três oportunidades, sendo a primeira no início do acompanhamento pré-natal, a segunda no início do terceiro trimestre de gestação e a terceira na admissão da gestante para o parto, pois uma infecção prévia ou tratamento prévio não conferem imunidade a paciente¹¹. É importante ressaltar que, o diagnóstico da sífilis gestacional é possível desde 2015 por meio da realização do teste

rápido, que é um teste treponêmico de excelente sensibilidade e especificidade capaz de confirmar a presença de infecção prévia ou atual, dado que autoriza o tratamento da gestante desde que essa não possua qualquer tratamento prévio¹².

Na década que englobou os anos de 2010 a 2019, pode-se compreender que o número de nascidos vivos diagnosticados com sífilis octuplicou, saindo dos 1,4 para 8,2 casos por mil nascidos vivos, não acompanhando assim a crescente de casos diagnosticados de sífilis gestacional, que partiram dos 3,5 para 20,8 casos por mil nascidos vivos, ratificando a grande valia das medidas de diagnóstico e tratamento precoce. E, dessa maneira, interpreta-se que o não crescimento da transmissibilidade vertical, quando comparada com o diagnóstico materno, reflete uma melhora dos indicadores de qualidade da atenção pré-natal nacional, o que justifica a perpetuação do programa dada justificada importância de sua aplicabilidade as diretrizes nacionais^{11,12}.

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Para a realização deste estudo, foram utilizados os dados disponíveis na plataforma Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados coletados são referentes ao número de diagnósticos de sífilis gestacional entre 2011 e 2020 de residentes do estado de Santa Catarina durante esse período. As variáveis analisadas foram número de casos, raça, faixa etária, escolaridade e classificação clínica da infecção. Os dados obtidos foram tabulados através do programa *Tabwin* para análise, armazenados e analisados pelo programa Microsoft *Excel* 2013.

Durante a realização deste estudo e todo o processo que envolveu a coleta de dados, nenhuma forma de contato com os indivíduos em estudo ocorreu, uma vez que

todas as informações apresentadas foram coletadas a partir de dados da plataforma DATASUS.

RESULTADOS:

Analisando o período entre os anos 2011 e 2020, observou-se que 13.030 pacientes contraíram sífilis durante o período gravídico. Como pode-se ver na Tabela 1, a maior parte das gestantes acometidas se auto intitulam brancas (76,63%; n = 9985), seguido de pardas, registrando um quinto da porcentagem acometida (13,14%; n = 1712) e a que auto se intitulam pretas com 6,56% (n = 855).

TABELA 1 – Número de Casos conforme a Cor da Pele

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Porcentagem Total
Não Coletado	5	12	2	8	13	29	61	74	43	58	323	02,48 %
Branco	204	431	30	597	961	1081	1353	1726	1534	1462	9985	76,63 %
Preta	18	47	5	66	86	98	105	155	133	99	855	06,56 %
Amarela	2	6	0	7	4	11	8	15	17	13	87	00,67 %
Parda	39	88	7	82	160	167	254	311	245	258	1712	13,14 %
Indígena	0	0	0	6	11	9	12	9	5	9	68	00,52 %
TOTAL	268	584	44	766	1235	1395	1793	2290	1977	1899	13030	100,00 %

Fonte - Elaborado Pelos Autores, 2022.

Na Tabela 2, há o número de casos conforme a estágio clínico da infecção. Diferente da Tabela 1, não há discrepância muito significativa entre os dois grupos de pacientes acometidos. 36,28% (n = 4445) delas estavam na fase latente da infecção no momento do diagnóstico e 31,25% (n = 3829) na fase primária da sífilis, possivelmente com a lesão típica levando-as a procurar auxílio médico. As demais porcentagens são referentes aos casos não classificados (20,66%; n = 2531), fase secundária (6,12%; n = 750) e fase terciária (5,68%; n = 696).

TABELA 2 - Número de Casos conforme a Fase Clínica da Infecção

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Porcentagem Total
Não Coletado	69	147	18	198	282	265	355	413	387	397	2531	20,66 %
Primária	86	256	11	293	456	475	575	644	529	504	3829	31,25 %
Secundária	21	33	2	72	126	109	135	101	75	76	750	6,12 %
Terciária	7	38	2	39	87	86	89	145	117	86	696	5,68 %
Latente	85	110	11	164	284	460	639	987	869	836	4445	36,28 %
Total	268	584	44	766	1235	1395	1793	2290	1977	1899	12251	100,00 %

Fonte - Elaborado Pelos Autores, 2022.

A Tabela 3 traz a incidência da Sífilis Gestacional entre 2011-2020, mostrando que ela é mais comum nas mulheres jovens-adultas em idade fértil e possivelmente, mais sexualmente ativas. 9568 dos diagnósticos foram em mulheres de 20 a 39 anos de idade, representando aproximadamente 75% dos casos, e 23,5% (3071 casos) dos casos de pacientes com 15 a 19 anos e mínima porcentagem restante aos extremos da idade, mulheres entre 10 a 14 anos e 40 a 59 anos. Por fim, a Tabela 4 demonstra que o maior risco de ter sífilis durante a gestação está nas áreas de maior vulnerabilidade social, através do indicador que 27,35% dos casos no período estudado foram de pacientes com o ensino fundamental incompleto.

TABELA 3 - Número de Casos conforme a Faixa Etária em Anos

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Porcentagem Total
10 – 14	4	8	2	11	15	20	15	19	13	11	119	00,91 %
15 – 19	53	134	10	194	335	387	461	536	421	402	3071	23,57 %
20 – 39	203	428	31	542	859	959	1281	1687	1504	1449	9568	73,43 %
40 – 59	8	14	1	19	26	29	36	48	39	37	272	02,09 %
Total	268	584	44	766	1235	1395	1793	2290	1977	1899	13030	100,00 %

Fonte - Elaborado Pelos Autores, 2022.

TABELA 4 - Número de Casos conforme a Escolaridade

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Porcentagem Total
Não Coletado	36	91	8	104	174	192	273	383	426	413	2282	17,51 %
Analfabeto	1	8	0	5	5	9	8	12	9	3	60	00,46 %
Ensino fundamental incompleto	107	232	14	293	415	422	490	607	435	385	3564	27,35 %
Ensino fundamental completo	35	74	6	99	174	214	276	314	254	203	1732	13,29 %
Ensino médio incompleto	32	73	7	95	188	216	269	351	296	309	1950	14,97 %
Ensino médio completo	52	86	8	149	249	288	410	523	477	510	2953	22,66 %
Educação superior incompleta	1	16	0	13	17	31	34	57	47	34	267	02,05 %
Educação superior completa	4	4	1	8	13	23	33	43	33	42	222	01,70 %
Total	268	584	44	766	1235	1395	1793	2290	1977	1899	13030	100,00 %

Fonte - Elaborado Pelos Autores, 2022.

DISCUSSÃO:

O presente estudo apresenta dados epidemiológicos sobre a sífilis gestacional no estado de Santa Catarina a fim de comprovar que a doença persiste como problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes vêm crescendo nos últimos anos, passando de

2,4 casos em 2010 para mais de 8 casos por mil nascidos vivos, em 2019¹³.

A soroprevalência para sífilis desse estudo atingiu 13.030 gestantes, com 73,43% de pacientes com idade entre 20 e 39 anos, seguido pela faixa etária de 15 a 19 anos com 23,57%, sendo que ambas as faixas etárias correspondem a 97% das gestantes. Estas faixas etárias, entre 15 e 39 anos, correspondem a maioria das mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa,

reforçando a definição internacional da faixa etária da mulher em idade fértil, de 15 a 49 anos¹⁴. Além disso, a partir deste estudo, observa-se que o estado de Santa Catarina corrobora com os dados existentes no Brasil, que indicam a faixa etária de 20 a 35 anos como a mais frequente nas pacientes com sífilis gestacional¹⁵.

Em relação a etnia, neste estudo, a maioria das gestantes se consideram branca, representando 76,63% da população estudada. Nesse sentido, a partir de dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2015 a população feminina que se auto denominou branca corresponde a 86,7% no estado de Santa Catarina, seguindo a mesma concordância¹⁶. Este perfil demonstrado em Santa Catarina, com predominância da raça branca, pode ser justificado pela autodeclaração de raça, além da predominância de raça branca na região Sul devido ao processo de colonização italiana, alemã e polonesa¹⁷. Diferente do estado de Santa Catarina, o Brasil possui como parda a raça predominante nas gestantes com sífilis, a qual representa a segunda raça mais prevalente (13,14%) neste estudo¹⁸.

Para orientar o tratamento e o seguimento clínico-laboratorial, a infecção sífilítica é dividida nos estágios sífilis recente (primária, secundária e latente recente) com um ano de evolução, e sífilis tardia (latente

tardia e terciária), com mais de um ano¹⁹. Neste estudo, a sífilis primária representou cerca de um terço da apresentação das gestantes, isso provavelmente se deve pelo fato de que, em 50% dos pacientes com sífilis primária a apresentação é como cancro sífilítico, que se resolve espontaneamente em três a oito semanas e costuma passar despercebido. Essa lesão geralmente se localiza no interior da mucosa²⁰ e em áreas de difícil visão, como a parede vaginal, o colo do útero ou o períneo¹². Além disso, a classificação clínica mais prevalente neste estudo foi a sífilis latente (36,28%), a qual é considerada a fase assintomática da infecção¹³ e, por isso, de diagnóstico complicado, somente através do teste de rastreio. Também é importante ressaltar que 20,66% das pacientes não possuem a classificação clínica definida. Esse resultado pode indicar dificuldade dos profissionais de saúde em classificar a sífilis durante a gravidez²¹.

As estimativas das desigualdades sociais em saúde no Brasil corroboram a hipótese de que a sífilis gestacional está associada ao baixo nível socioeconômico e ao pré-natal inadequado, contribuindo para a persistência da transmissão vertical e expondo a fragilidade do atendimento não só no acesso, mas também na oportunidade de triagem, diagnóstico e tratamento de gestantes e seus parceiros²². Neste estudo, a escolaridade mais prevalente foi o Ensino

Fundamental Incompleto (27,35%), reforçando a associação existente entre a infecção por sífilis e a vulnerabilidade social também no estado de Santa Catarina. É importante destacar que a baixa escolaridade é considerada um marcador de maior risco de exposição às doenças sexualmente transmissíveis, devido ao pouco conhecimento sobre a importância da prevenção²³. Assim como em outros artigos, fica evidente que a pobreza e a vulnerabilidade a ela associada – seja ela comportamental, seja o acesso e a qualidade do pré-natal oferecido nos serviços de saúde – estão significativamente associadas à sífilis em gestantes. Esse resultado indica que o controle da transmissão ainda é um desafio que necessita atenção²⁴⁻²⁶

CONCLUSÕES

A partir deste estudo, tem-se que mulheres jovens, que se autodeclararam brancas e com nível médio/baixo de escolaridade demarcam o perfil epidemiológico das gestantes com infecção de sífilis em Santa Catarina. Além disso, observou-se que as classificações clínicas mais prevalentes são a latente e primária, respectivamente, demonstrando a importância e necessidade da realização do rastreamento da sífilis durante o pré-natal. Com isso, evidencia-se que os fatores sociodemográficos devem ser sempre considerados na elaboração de estratégias direcionadas à prevenção,

diagnóstico precoce e tratamento erradicador desta infecção.

REFERÊNCIAS

1. Rockwell DH, Yobs AR, Moore MB. THE TUSKEGEE STUDY OF UNTREATED SYPHILIS; THE 30TH YEAR OF OBSERVATION. Arch Intern Med 1964;114:792–798; doi: 10.1001/archinte.1964.03860120104011
2. Hook EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. N Engl J Med 1992;326(16):1060–1069; doi: 10.1056/NEJM199204163261606.
3. Mascola L, Pelosi R, Blount JH, et al. Congenital syphilis. Why is it still occurring? JAMA 1984;252(13):1719–1722; doi: 10.1001/jama.252.13.1719.
4. Geusau A, Kittler H, Hein U, et al. Biological false-positive tests comprise a high proportion of Venereal Disease Research Laboratory reactions in an analysis of 300,000 sera. Int J STD AIDS 2005;16(11):722–726; doi: 10.1258/095646205774763207.
5. Harter C, Benirschke K. Fetal syphilis in the first trimester. Am J Obstet Gynecol 1976;124(7):705–711; doi: 10.1016/s0002-9378(16)33340-3.
6. Rubin R. Why Are Mothers Still Passing Syphilis to Their Babies? JAMA 2019;321(8):729–731; doi: 10.1001/jama.2018.20843.
7. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS One 2019;14(2):e0211720; doi: 10.1371/journal.pone.0211720.

8. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;91(3):217–226; doi: 10.2471/BLT.12.107623.
9. Qin J, Yang T, Xiao S, et al. Reported estimates of adverse pregnancy outcomes among women with and without syphilis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(7):e102203; doi: 10.1371/journal.pone.0102203.
10. Sheffield JS, Sánchez PJ, Morris G, et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(3):569–573; doi: 10.1067/mob.2002.121541.
11. Brasil M da S Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas. Manual de Gestação de Alto Risco [Recurso Eletrônico]. 1ª Edição. Brasília : Ministério da Saúde; 2022.
12. Brasil M da SaúdeS de V em SaúdeD de D de CC e ISTransmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral Às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ministério da Saúde: Brasília; 2022.
13. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, et al. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde* 2021;30; doi: 10.1590/S1679-49742021000400006.
14. Martins V de A, Costa HA, Batista RFL, et al. MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL DE 2002 A 2011 EM SÃO LUÍS, MARANHÃO / MORTALITY OF WOMEN IN FERTILE AGE FROM 2002 TO 2011 IN SÃO LUIS, MARANHÃO, BRAZIL. *Revista de Pesquisa em Saúde* 2014;15(1).
15. Conceição HN da, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde debate* 2020;43:1145–1158; doi: 10.1590/0103-1104201912313.
16. Anonymous. Tabela 262: População Residente, Por Cor Ou Raça, Situação e Sexo. n.d. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/262#/n3/42/v/allxp/p/last%201/c86/all/c1/0/c2/92957/d/v93%200/l/v,c86+c1,c2+p+t/resultado> [Last accessed: 1/16/2023].
17. Begossi JA. Sífilis gestacional : análise temporal da incidência no município de Porto Alegre/RS no período de 2007 a 2015. 2017.
18. Anonymous. TabNet Win32 3.0: SÍFILIS EM GESTANTE - Casos Confirmados Notificados No Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Brasil. n.d. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/sifilisgestantebr.def> [Last accessed: 1/16/2023].
19. Anonymous. Diretrizes de Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2015. n.d. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm> [Last accessed: 1/16/2023].
20. Benítez J, Yépez MA, Hernández-Carrillo M, et al. Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018. *Biomedica* 2021;41(Suppl 2):140–152; doi: 10.7705/biomedica.6003.
21. Soares MAS, Aquino R. Completeness and characterization of gestational syphilis and congenital

syphilis records in Bahia, Brazil, 2007-2017. *Epidemiol Serv Saúde* 2021;30; doi: 10.1590/S1679-49742021000400018.

22. de Macêdo VC, de Lira PIC, de Frias PG, et al. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saude Publica* 2017;51:78; doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066.
23. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014*. *Epidemiol Serv Saúde* 2017;26:255–264; doi: 10.5123/S1679-49742017000200003.
24. Brasil M da S Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes Para o Controle Da Sífilis Congênita. Série Manuais n.o 62. Brasília : Ministério da Saúde; 2005.
25. Almeida M de F, Pereira S. Caracterização Epidemiológica Da Sífilis Congênita No Município de Salvador, Bahia. 2007;144–156.
26. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha A de A, et al. Sífilis e Gravidez: Avaliação Da Prevalência e Fatores de Risco Nas Gestantes Atendidas Na Maternidade Escola- UFRJ. 2001;6–8.