

Uma série histórica da incidência de Sífilis na gestante no Pará entre os períodos de 2013 a 2018

A historical series of the incidence of Syphilis in pregnant in Pará between 2013 to 2018

Jéssica Patrícia Gonçalves Nunes¹, Vanessa Vilhena Barbosa¹

Resumo Objetivo: Demonstrar a incidência da sífilis gestacional no período de 2013 a 2018 no Estado do Pará e descrever o perfil epidemiológico das gestantes analisadas. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo série histórica, utilizando-se o banco de dados SINAN e DCCI. **Resultados:** Foram notificados 8.775 casos de sífilis gestacional entre 2013 e 2018, com taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos crescente ao longo desse período. A maioria das mulheres (46,3%) recebeu diagnóstico durante o 3º trimestre de gestação. Quanto à classificação clínica, prevaleceu a sífilis primária com 46,7% dos casos. A faixa etária mais incidente foi a de 20 a 29 anos de idade (52,2%) e as gestantes classificadas como da cor parda foram as mais afetadas (82,9%). A incidência de sífilis gestacional foi maior em mulheres com escolaridade entre 5ª e 8ª série do Ensino Fundamental, enquanto gestantes com Ensino Superior Completo e Incompleto apresentaram poucos casos (0,9% e 1,1%, respectivamente). **Conclusão:** Percebe-se que a Sífilis Gestacional ainda é um problema com incidência alta e crescente no Estado do Pará. Deve-se investir em uma assistência pré-natal de qualidade, com uma busca precoce da gestante, com ações de promoção da saúde, orientação sexual e reprodutiva e realização de exames preconizados pelo Ministério da Saúde.

Descritores: sífilis congênita; cuidado pré-natal; atenção primária à saúde.

Abstract Purpose: Demonstrate the incidence of gestational syphilis in the period from 2013 to 2018 in the State of Pará and to describe the epidemiological profile of the pregnant women analyzed. **Methods:** This is a descriptive epidemiological study, in the type of historical series, that used the databases SINAN and DCCI. **Results:** Between 2013 and 2018, 8,775 cases of gestational syphilis were reported and with detection rate for every 1,000 live births increasing over that period. Most women (46.3%) were diagnosed during the 3rd trimester of pregnancy. As for the clinical classification, primary syphilis prevailed with 46.7% of cases. The most incident age group was 20 to 29 years old (52.2%) and pregnant women classified as brown were the most affected (82.9%). The incidence of gestational syphilis was higher in women with schooling between 5th and 8th grade of elementary school, while women with complete and incomplete higher education had fewer cases (0.9% and 1.1%, respectively). **Conclusion:** It is noticed that gestational syphilis it is still a problem with high and growing incidence in the State of Pará. One should invest in quality prenatal care, with an early search for the pregnant, with health promotion actions, sexual and reproductive guidance and exams recommended by the Ministry of Health.

Keywords: syphilis congenital; prenatal care; primary health care.

¹Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Janeiro, 30, 2020

Aceito: Março, 02, 2020

Trabalho realizado na Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil.

 Copyright Nunes et al. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema Pallidum* cuja transmissão é principalmente por via sexual ou vertical. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, deformidades, lesões neurológicas, outras sequelas e/ou morte do recém-nascido, por isso a sífilis gestacional é de notificação compulsória desde 2005^{1,2}.

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Assim, o risco de transmissão vertical é de 70-100% na sífilis primária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia^{3,4}.

A sífilis gestacional está associada à cor, baixo nível de escolaridade, piores condições socioeconômicas, antecedentes de risco obstétrico, início tardio do acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas, além de estar relacionado ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade para o diagnóstico e tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta tratamento do companheiro e ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados⁵.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) indicou em 2017 que os novos casos de sífilis congênita dobraram desde 2010, representando um grande desafio para a saúde pública mundial⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, principalmente nos países em desenvolvimento, mais de dois milhões de gestantes são infectadas a cada ano e que quase um milhão de recém-natos possuam o diagnóstico de sífilis congênita⁷.

No Brasil, tem se observado um aumento dos casos de sífilis em gestantes. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019, no ano de 2018 foram notificados no Brasil 62.599 casos de sífilis gestacional (25,7% mais casos que no ano anterior). De 2017 para 2018, o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões. Esse aumento pode ser atribuído principalmente à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017. Além disso, em 2018 a taxa de detecção foi de 21,4 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, 25,7% superior à taxa observada em 2017⁸.

Segundo o Boletim epidemiológico de Sífilis de 2019, apesar do aumento de casos notificados, nenhuma unidade da federação apresentou taxa de incidência de sífilis congênita mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes no país⁸.

Considerando a alta incidência de sífilis em gestantes e as diversas repercussões para o recém-nascido assim como a importância do tema, este estudo teve como objetivo demonstrar a incidência da sífilis no período de 2013 a 2018 no Estado do Pará e descrever o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no mesmo período para fins de conhecimento sobre a incidência atual e entendimento sobre a epidemiologia do agravo.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo série histórica. Os dados epidemiológicos foram obtidos no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mediante consulta às bases de dados SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) e DCCI (Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis).

A população do estudo consistiu de todos os casos de sífilis diagnosticados em gestantes residentes no Estado do Pará que foram notificados entre janeiro de 2013 a dezembro de 2018. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2018, último ano em que constavam os dados completos.

Foram coletados dados referentes a ano de diagnóstico, idade gestacional no momento do diagnóstico, classificação clínica da sífilis e a faixa etária, raça/cor e escolaridade das gestantes analisadas.

A partir dos dados obtidos, foram construídas novas tabelas e gráficos utilizando-se os softwares Microsoft Office Word 2010[®] e Microsoft Office Excel 2010[®]. Foi realizada análise estatística descritiva, em termos de frequência e porcentagem.

Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Discussão

Neste estudo foi identificada uma incidência de 8.775 casos de sífilis em gestantes no período de 2013 a 2018 de modo que a incidência foi crescente assim como a taxa de detecção a cada 1000 nascidos vivos como mostra a Tabela 1.

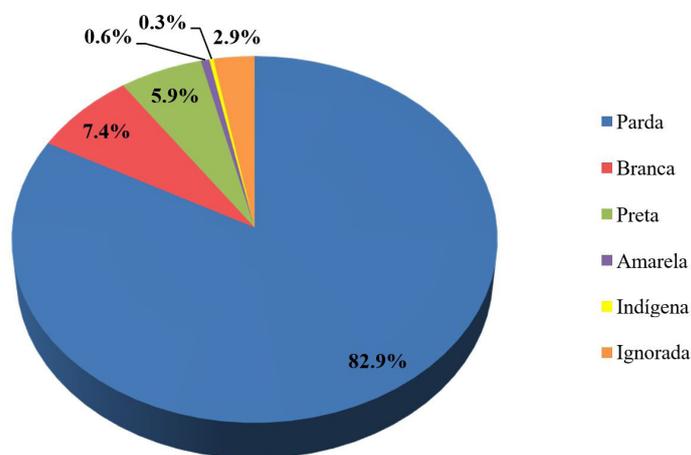


Figura 1. Distribuição percentual por raça ou cor do número total de casos de gestantes com sífilis diagnosticadas no Pará no período de 2013 a 2018.

Fonte: DATASUS / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

O aumento significativo da incidência ao longo dos anos também foi observado por Oliveira et al. em estudos com adolescentes gestantes diagnosticadas com sífilis em Pernambuco no período de 2007 a 2016. Os autores observaram 1.494 casos de sífilis em gestantes notificadas neste período, havendo um número crescente de notificações de 71 casos em 2007 e 289 em 2019, correspondendo a um aumento de 407%⁹.

A taxa de detecção também foi crescente no período estudado, aumentando de 7,1 em 2013 para 14,7 em 2018, como mostra a Tabela 1. Esse aumento pode estar relacionado, segundo Miranda et al., a utilização dos testes rápidos que podem agilizar o diagnóstico principalmente em áreas com recursos diagnósticos limitados¹⁰. Segundo Lopes et al. o teste rápido é uma estratégia que pode qualificar o atendimento à gestante uma vez que não requer tecnologias muito complexas e proporciona resultados em tempo hábil, em média 30 minutos, contribuindo para aumentar a cobertura de testagem, otimizar o tempo de diagnóstico e tratamento da mãe, assim como agilizar a adoção das medidas necessárias para a prevenção da transmissão vertical¹¹.

Tabela 1. Casos e taxa de detecção, por 1.000 nascidos vivos, de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico no Pará, no período de 2013 a 2018

Sífilis em gestantes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Casos	986	1.225	1.391	1.405	1.729	2.039	8.775
Taxa de detecção	7,1	8,5	9,7	10,2	12,5	14,7	-

Fonte: DATASUS / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

Foi observado que a incidência de sífilis durante a gestação foi maior no terceiro trimestre gestacional, como observado na Tabela 2, de modo que no período de 2013 a 2018 foram diagnosticados 1.803 casos no primeiro trimestre da gestação, 2.644 no segundo trimestre e 4.059 no terceiro trimestre.

Cardoso et al. observaram em seus estudos realizados no período de 2008 a 2010, uma maior notificação de sífilis gestacional entre o segundo e terceiro trimestre de gestação, um total de 149 casos (86,1%) foram notificados¹². Estes estudos corroboram com os estudos de Oliveira et al. que encontraram em suas pesquisas um maior diagnóstico de sífilis gestacional em adolescentes entre o segundo (41,7% dos casos) e terceiro (37,7% dos casos) trimestre de gestação⁹.

Tabela 2. Distribuição por idade gestacional do número de casos de gestantes com sífilis a cada ano diagnosticado no Pará, no período de 2013 a 2018

Idade gestacional	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
1º trimestre	165	209	233	297	381	518	1.803
2º trimestre	314	374	321	372	576	687	2.644
3º trimestre	478	610	804	679	705	783	4.059
Ignorada	29	32	33	57	67	51	269

Fonte: DATASUS / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

O diagnóstico tardio da sífilis na gestação observado neste estudo e nas pesquisas de Oliveira et al.⁹ e Cardoso et al.¹² pode estar relacionado, de acordo com Cavalcante et al. à procura tardia ao pré-natal pelas gestantes e à baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante durante o pré-natal¹³. Além disso, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde³, a testagem para sífilis esta preconizada na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre e no início do terceiro trimestre (a partir de 28 semanas). Com isso e considerando a procura tardia aos serviços de saúde para realização de pré-natal, justifica-se um maior diagnóstico entre o segundo e terceiro trimestre da gestação. Além disso, justifica-se também a importância da assistência pré-natal de qualidade com diagnóstico precoce da sífilis na gestante.

Ainda de acordo com Cardoso et al. a prevenção da sífilis congênita é fragilizada por diversos fatores relacionados à assistência pré-natal, como: ausência da realização e atraso na entrega dos exames; abandono de pré-natal; falta de captação e resgate das gestantes faltosas; dificuldade no manejo da infecção por parte dos profissionais; dificuldade na captação e tratamento dos parceiros; falta de seguimento das mães e crianças após o parto; além da presença de dados incompletos nos prontuários e fichas epidemiológicas¹².

Quanto a dificuldade de captação e tratamento de parceiros, segundo Oliveira et al., é indispensável que o parceiro seja tratado concomitante a gestante para evitar a reinfecção e a consequente transmissão vertical⁹. Campos et al. acreditam que a dificuldade de tratamento do parceiro sexual pode estar relacionada à construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando uma baixa procura por atendimento. Além disso, pode estar relacionada à visão que os homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado. Por outro lado, existem ainda questões inerentes aos serviços e ao comportamento dos parceiros, como é o caso do uso de drogas e álcool¹⁴.

Observou-se ainda que no período de 2013 a 2018 a maioria dos casos notificados foi classificada como Sífilis Primária (46,7%), como mostra a Tabela 3, sendo importante considerar que 29,8% das notificações foram ignoradas quanto a classificação clínica.

Tabela 3. Distribuição por classificação clínica dos casos de gestantes com sífilis diagnosticadas no Pará a cada ano, no período de 2013 a 2018

Classificação clínica	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Sífilis Primária	513	594	626	627	800	937	4.097 (46,7%)
Sífilis Secundária	55	58	74	69	100	130	486 (5,5%)
Sífilis Terciária	68	99	148	159	212	259	945 (10,8%)
Sífilis Latente	77	71	56	66	148	218	636 (7,2%)
Ignorado	273	403	487	484	469	495	2.611 (29,8%)

Fonte: DATASUS / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

Os estudos realizados por Oliveira et al.⁹, Padovani et al.¹⁵ e Cavalcante et al.¹³ encontraram em suas pesquisas maior número de gestantes com sífilis primária. Já Cardoso et al. encontrou maior número de pacientes diagnosticadas no estágio terciário de sífilis¹². No entanto, segundo o Ministério da saúde, a

maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre no estágio de sífilis latente, período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos³. Ainda segundo o Ministério da Saúde, há uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, visto que o cancro duro não causa sintomas e geralmente está localizado em locais de limitada visualização: parede vaginal, cérvix ou períneo¹⁶. Para os autores Cavalcante et al., em seus estudos houveram equívocos quanto a classificação das gestantes o que levou ao alto percentual de mulheres na fase primária, diferentemente do que se espera do rastreamento¹³.

Deve-se observar ainda que a probabilidade da ocorrência da sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, sendo maior quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária, por isso a importância do diagnóstico e tratamento precoces³.

De acordo com a Diretriz do Ministério da Saúde, caso não seja possível conhecer a história, estágio clínico ou tratamento prévio adequado da gestante, deve-se notificar e tratar a gestante como sífilis latente tardia. O número considerável de casos notificados como ignorados quanto a classificação da sífilis se deve principalmente à dúvida quanto ao estágio da doença e ao desconhecimento dessa informação pelos profissionais de saúde ao notificar os casos de sífilis gestacional³.

Quanto a idade observou-se maior incidência de casos de sífilis gestacional entre pacientes de 20 a 29 anos, um total de 4.580 casos no período de 2013 a 2018, observado na Tabela 4. De acordo com o Boletim epidemiológico de Sífilis de 2019, considerando a série histórica de 2005 a 2018, observou-se que no Brasil, 52,5% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7% na de 15 a 19 anos e 19,4% na de 30 a 39 anos⁸. Outros autores encontraram resultados semelhantes como Padovani et al.¹⁵ em que 67,41% das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos e Nonato et al.¹⁷ cuja pesquisa encontrou incidência de 51,6% de sífilis entre gestantes de 20 a 29 anos.

Tabela 4. Distribuição por faixa etária do número de casos de gestantes com sífilis diagnosticadas no Pará a cada ano, no período de 2013 a 2018

Faixa etária	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
10 a 14 anos	22	27	32	25	23	32	161 (1,8%)
15 a 19 anos	308	340	404	394	541	599	2.586 (29,5%)
20 a 29 anos	483	669	724	756	874	1.074	4.580 (52,2%)
30 a 39 anos	160	176	214	212	260	311	1.333 (15,2%)
40 anos ou mais	12	13	17	18	30	23	113 (1,3%)

Fonte: DATASUS / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

Considerando o total de casos analisados entre 2013 a 2018, a Sífilis Gestacional foi mais incidente em mulheres de cor parda, um total de 82,9%, como é possível observar na Figura 1. Sobre o critério raça/cor, de acordo com o Boletim epidemiológico de Sífilis de 2019 observou-se que em 2018, 50,8% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 28,6% eram brancas e 12,2% pretas. Observou-se também melhora no preenchimento da variável raça/cor, cuja proporção de ignorados passou de 10,5% em 2008 para 6,9% em 2018³. Oliveira et al.⁹, Cavalcante et al.¹³ e Domingues et al. encontraram 70%, 71,3%, 56,1%, respectivamente pacientes consideradas pardas em seus estudos.

Quanto à escolaridade, a incidência foi maior em mulheres com escolaridade entre 5^a e 8^o série do Ensino Fundamental, como observado na Figura 2. Oliveira et al. encontraram em seus estudos maior incidência de gestantes diagnosticadas com sífilis com escolaridade entre 5^a e 8^a série do ensino fundamental, um total de 427 casos (42,2%). Segundo o autor, a baixa escolaridade pode se relacionar com o pouco conhecimento sobre boas práticas de saúde, contribuindo para a não realização da triagem sorológica, sendo a escolaridade, um fator contributivo para a ocorrência da sífilis congênita⁹. Segundo Serafim et al., a baixa escolaridade é considerada um marcador de maior risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção¹⁸.

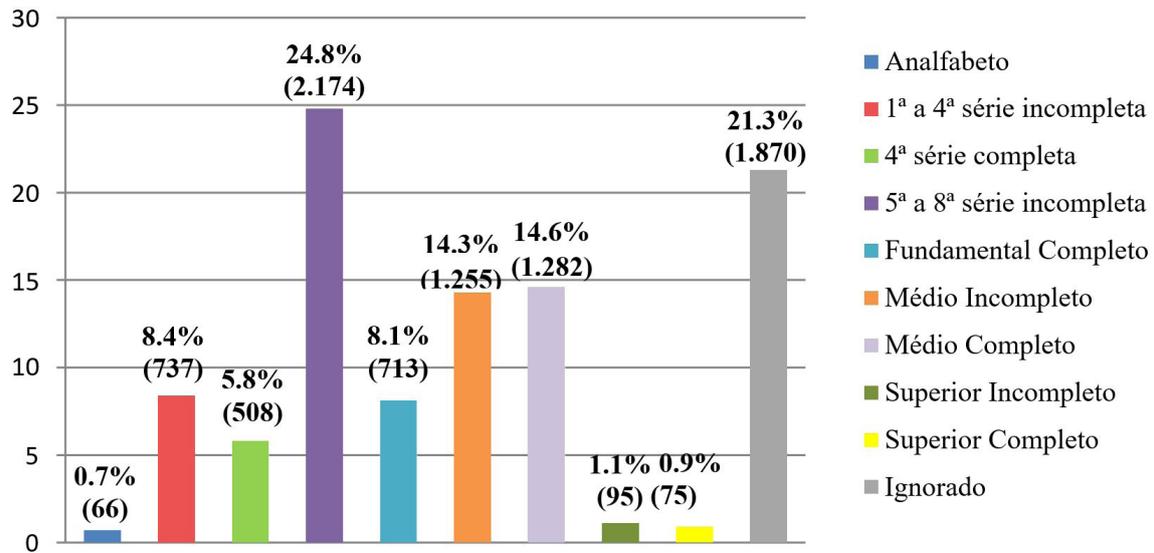


Figura 2. Distribuição percentual por escolaridade do número total de casos de gestantes com sífilis diagnosticadas no Pará no período de 2013 a 2018.

Fonte: DATASUS / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).

Conclusão

Foram encontrados 8.775 casos de sífilis gestacional notificados entre 2013 e 2018. A taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos foi crescente durante o período analisado. A maioria das mulheres (46,3%) recebeu diagnóstico durante o 3º trimestre de gestação. Quanto à classificação clínica, prevaleceu a sífilis primária (46,7% dos casos). A faixa etária mais incidente foi a de 20 a 29 anos de idade (52,2%). Gestantes classificadas como da cor parda foram as mais afetadas (82,9%). A incidência de sífilis gestacional foi maior em mulheres com escolaridade entre 5ª e 8ª série do Ensino Fundamental, enquanto gestantes com Ensino Superior Completo e Incompleto apresentaram poucos casos (0,9% e 1,1%, respectivamente).

Percebe-se que a Sífilis Gestacional ainda é um problema com incidência alta e crescente no Estado do Pará. Deve-se investir em uma assistência pré-natal de qualidade, com uma busca precoce da gestante, busca ativa das gestantes faltosas, captação dos parceiros, ações de promoção da saúde, orientação sexual e reprodutiva e realização de exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Além disso, as equipes de saúde da família possuem um elo mais próximo com a paciente e podem colaborar com a mudança do quadro epidemiológico sendo necessária a realização de treinamentos sobretudo dos profissionais lotados nos serviços de pré-natal, para melhor prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2019a.
2. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. Rev Saude Publica. 2012;46(3):479-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>. PMID:22635036.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b.
4. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: The implications for child health. Arch Dis Child. 2008 fev;93(2):105-9. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.103515>. PMID:18208988.
5. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saude Publica. 2013;47(1):147-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>. PMID:23703141.
6. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, DC: PAHO; 2017.

7. Hawkes S, Matin N, Broutet N, Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(9):684-91. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70104-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70104-9). PMID:21683653.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Especial - Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2019c.
9. Oliveira BBB, Peixoto AMCL, Cardoso MD. Sífilis em gestantes adolescentes de Pernambuco. *Adolesc Saúde*. 2019 abr-jun;16(12):45-55.
10. Miranda AE, Rosetti Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009 jul-ago;42(4):386-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000400006>. PMID:19802473.
11. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPC, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2016 jan-fev;69(1):62-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>. PMID:26871216.
12. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MC, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):563-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>. PMID:29412414.
13. Cavalcante MPA, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017 abr-jun;26(2):255-64.
14. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(9):397-402.
15. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3019.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: MS; 2015.
17. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 out-dez;24(4):681-94.
18. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014 abr;47(2):170-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0045-2014>. PMID:24861290.

Autor correspondente

Jéssica Patrícia Gonçalves Nunes
Conjunto Paraíso dos Pássaros, Travessa Rio Pacajá, Quadra 20, 22, Val-de-Cans
CEP 66110-121, Belém, PA, Brasil
E-mail: dra.jessicanunes@hotmail.com

Informação sobre os autores

JPGN é residente de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

VVB é professora preceptora voluntária no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Pará (UEPA) com Mestrado em Saúde na Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Contribuição dos autores

JPGN foi responsável pelo planejamento e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo do artigo, responsabilidade pelo conteúdo do artigo; VVB foi responsável pela análise e revisão crítica do conteúdo, responsabilidade pelo conteúdo do trabalho, aprovação da versão final a ser publicada. Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.