

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

MICAELE ARAÚJO LOPES
RAQUEL TEOTONIA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL EM
UNIDADES FEDERADAS SELECIONADAS NO BRASIL.**

GOIÂNIA

2020

MICAELE ARAÚJO LOPES
RAQUEL TEOTONIA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL EM
UNIDADES FEDERADAS SELECIONADAS NO BRASIL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Polyana Maria Pimenta Mandacarú.

**GOIÂNIA
2020**

Acima de tudo agradecemos á Deus, por ter nos dado o dom da vida e nos abençoado durante todo o caminho da graduação.

Dedicamos este trabalho à nossa família, por todo o apoio e estímulo a sermos pessoas melhores a cada dia e conquistar nossos sonhos.

Nossos agradecimentos á nossa querida orientadora Polyana por toda a colaboração e paciência durante a elaboração deste trabalho.

EPÍGRAFE

“A persistência é o caminho do êxito”.

Charles Chaplin

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	Justificativa.....	7
2	OBJETIVOS.....	8
3	METODOLOGIA	9
3.1.	Tipo de Estudo	9
3.2.	Fonte de dados, local e período do estudo	9
3.3.	Análise dos dados.....	9
3.4.	Aspectos Éticos.....	10
4.	MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	10
4.1.	Conceito de Sífilis e Sífilis Gestacional	10
4.2.	Perfil Epidemiológico da sífilis no mundo e no Brasil	11
4.3.	Consequências da Sífilis para a gestante e o bebê	12
4.4.	Atuação da Enfermagem no manejo da sífilis.....	12
5.	RESULTADOS.....	14
6.	DISCUSSÃO.....	20
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica causada por uma bactéria, *Treponema pallidum*, de evolução crônica e curável, exclusiva da raça humana, sendo sua principal forma de transmissão a sexual, porém pode ser transmitida de mãe para filho durante a gestação (BRASIL, 2019).

A sífilis pode ser classificada, segundo estágio da doença em sífilis latente, primária, secundária, ou terciária, sendo os estágios primário e secundário, os que apresentam maior potencial de transmissão (MARQUES et al., 2018)

Quando a mãe com sífilis transmite a infecção ao filho durante a gestação, por via vertical ou na hora do parto, ou quando o recém-nascido entra em contato com as lesões genitais da mãe, a mesma é definida como Sífilis Gestacional (SG) (AHUMADA; LAVALLE; CHAMORRO, 2017). Tal situação pode trazer consequências como: o abortamento, prematuridade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido (BRASIL, 2019). Diante da gravidade da situação a SG se tornou uma doença de notificação compulsória (RAMOS; BONI, 2018)

Atualmente, no mundo, a sífilis atinge um milhão de gestantes por ano, causando mais de 300 mil óbitos fetais e neonatais e expondo em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2017). Essa infecção é um grave problema de saúde pública devido às complicações perinatais como a sífilis congênita (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). No Brasil, no período de 2005 a 2019, foram notificados 324.321 casos de sífilis gestacional, sendo que 45,0% dos casos residentes na Região Sudeste, 21,0% na Região Nordeste, 14,7% na Região Sul, 10,4% na Região Norte e 8,9% na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2019b)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua na promoção de ações contra os problemas de saúde da população, buscando um cuidado longitudinal e a de prevenção de doenças (VASCONCELOS et al., 2016). Nessa estratégia possui atenção pré-natal, com protocolos de triagem para sífilis na gestante e também o tratamento da mulher e do seu parceiro quando confirmada a doença (SOUZA et al., 2018; VASCONCELOS et al., 2016) A realização do teste de *Venereal Disease Reserah Laboratory* (VDRL) é solicitada tanto na primeira consulta de pré-natal quanto próximo da 28ª semana de gestação.

Quando uma gestante apresenta diagnóstico positivo para sífilis é necessário que ela seja acompanhada por um profissional para tratamento tanto da gestante quanto do seu parceiro (SANTANA; BARBOSA; SANTOS, 2019).

O profissional de enfermagem tem o papel de prestar uma atenção de pré-natal de qualidade, com a responsabilidade de averiguar o histórico de saúde da gestante, identificando precocemente as portadoras da infecção (FREITAS; MEDEIROS, 2018). Nas consultas de pré-natal, o enfermeiro deve ressaltar a importância do acompanhamento da gestação e após a gravidez. Além disso, cabe ao enfermeiro realizar ações de educação em saúde com o intuito de prevenir novos casos de sífilis, através de práticas de aconselhamento e orientações a respeito da contracepção e recomendação da testagem de VDRL assim que demonstrarem o planejamento de engravidar (FREITAS; MEDEIROS, 2018; HORTA et al., 2017)

Diante do exposto o objetivo do trabalho foi descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

1.1 Justificativa

A sífilis gestacional, manifesta-se como um grave problema de saúde pública no Brasil, pois é uma das enfermidades transmissíveis do período gravídico-puerperal com maior taxa de infecção, com taxas entre 30%-100%, a depender da fase clínica da doença e tempo de gestação (BARBOSA et al., 2017).

O perfil epidemiológico da sífilis gestacional é considerado um indicador clássico para analisar as condições de risco referentes à saúde do binômio mãe-filho, refletindo entre outras coisas o adequado atendimento da equipe de enfermagem nas consultas de pré-natal, bem como nas orientações da mãe e seu parceiro quanto aos cuidados com sua saúde sexual e reprodutiva.

Diante do exposto, conhecer a magnitude do perfil epidemiológico da sífilis gestacional em estados selecionados do Brasil poderá ampliar o entendimento dos acontecimentos patológicos que envolvem a mãe e o filho na gestação, bem como a qualidade dos serviços prestados à gestante com as ações de prevenção e promoção da saúde, permitindo a comparação da situação atual da doença em cada região.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no período de 2015-2019

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os principais fatores sociodemográficos da sífilis em cada estado selecionado, considerando as seguintes variáveis: idade gestacional, o ano de infecção, faixa etária, escolaridade, raça/cor, tratamento prescrito, classificação do estágio da doença, momento do diagnóstico, tratamento do parceiro.
- Comparar a situação epidemiológica da sífilis gestacional entre os estados do estudo.

3 METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, utilizando como fonte de dados as notificações de sífilis gestacional nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no período de 2014-2018, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados no DATASUS Tabnet.

3.2. Fonte de dados, local e período do estudo

Como fonte de dados foram utilizadas as notificações de sífilis gestacional nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no período de 2014-2018, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados no DATASUS Tabnet. Os estados foram selecionados por meio de um sorteio aleatório, separado por região do país, atribuindo-se a cada estado um número. Após definição dos números, foi solicitado que um colaborador escolhesse, totalmente às cegas, um dos números informados, garantindo se assim que cada região do país tivesse uma representação dentro do estudo.

3.3. Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do Software SPSS, versão 20, licenciado pela PUC-Goiás, considerando as seguintes variáveis: idade gestacional, o ano de infecção, faixa etária, escolaridade, raça/cor, tratamento prescrito, classificação do estágio da doença, momento do diagnóstico, tratamento do parceiro. Após análise os mesmos foram dispostos em tabelas e gráficos.

3.4. Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, o estudo será realizado respeitando os princípios éticos na pesquisa envolvendo seres humanos, regulamentados pela Resolução do CONEP nº 466/2012 (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2012). Os bancos de dados a serem utilizados serão extraídos do DATASUS sem qualquer identificação das pessoas envolvidas.

4. MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

4.1. Conceito de Sífilis e Sífilis Gestacional

A Sífilis é uma doença bacteriana, causada pelo *Treponema pallidum*. É uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, de evolução crônica (BRASIL, 2019a; MARASCHIN et al., 2019; RAMOS; BONI, 2018).

É dividida em dois estágios: Sífilis recente (primária, secundária e latente recente) e sífilis tardia (latente tardia e terciária) (BRASIL, 2019a). A sífilis primária caracteriza-se pelo denominado “cancro duro”, lesão única e indolor no local de entrada da bactéria como pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais, que se não tratada pode evoluir para a sífilis secundária (BRASIL, 2019; RAMOS; BONI, 2018).

A sífilis secundária evolui geralmente em dois anos de vida onde apresenta lesões cutâneas papulosas, principalmente nas regiões das palmas das mãos e nas plantas dos pés (BOTTURA et al., 2019). Já na sífilis terciária a infecção prejudica pele e mucosas podendo provocar prejuízos no sistema nervoso (neuro sífilis) e cardiovascular (RAMOS; BONI, 2018).

Além da transmissão via relação sexual a bactéria pode ser transmitida via transmissão vertical, ou seja, pela disseminação hematogênica da bactéria no sangue da mãe que atravessa a placenta infectando o feto, podendo isso acontecer em qualquer estágio da gestação, recebendo a denominação de Sífilis Gestacional (SG) (RAMOS; BONI, 2018). Quando o recém-nascido nasce infectado a mesma recebe o nome de sífilis congênita, que é uma infecção do feto por conta da passagem do treponema pela placenta, e sua forma mais grave é quando acomete a gestante no primeiro trimestre de gravidez (SOUZA et al., 2018).

A Sífilis Gestacional é diagnosticada quando uma gestante apresenta sinais e sintomas de sífilis ou apresenta sorologia não treponêmica reagente, independente da titulação, mesmo na ausência de resultado treponêmico, durante o pré-natal ou no momento do parto (MARQUES et al., 2018).

A triagem sorológica da sífilis é recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) preferencialmente por meio do teste treponêmico, no primeiro e terceiro trimestre de gestação e no momento da internação para o parto ou curetagem. Para as gestantes que apresentam resultado reagente, o controle da cura e do tratamento devem ser realizados através do *Venereal Disease Research Laboratory test* (VDRL), um exame não treponêmico (SARACENI et al., 2017).

A SG possuiu um simples diagnóstico e um fácil tratamento, com o foco na quebra da transmissão da bactéria, visto que os cuidados precoces no pré-natal e o tratamento de qualidade das gestantes e seus parceiros diagnosticados com a infecção são muito importantes na prevenção e diminuição da incidência de sífilis congênita (BARBOSA et al., 2017; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017)

4.2. Perfil Epidemiológico da sífilis no mundo e no Brasil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que no mundo acontece anualmente cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis (WHO, 2016), com altas taxas de incidência na América Latina e na Ásia, salientando que destes, 1,5 a 1,85 milhões dos casos encontrados são de gestantes e que 50% delas possuem filhos com resultados adversos decorrentes das consequências da doença (LIMA et al., 2019; WHO, 2016). A América Latina e o Caribe possuem a maior taxa de sífilis gestacional que qualquer outra região, registrando a cada ano 164.222 a 344.331 casos (AHUMADA; LAVALLE; CHAMORRO, 2015).

A sífilis é a segunda causa infecciosa de natimortos em todo o mundo e um importante contribuinte evitável de morbimortalidade infantil (KORENROUMP et al., 2019). A incidência de sífilis nos Estados Unidos em 2012 aumentou de 8,4/100.000 para 11,6/100.000 nascidos vivos em 2014, mostrando o aumento da doença em gestantes (BOWEN et al., 2018). Um estudo realizado no município de Gabão, país do Norte da África com 973 gestantes, foi encontrado prevalência de 2,5% casos de sífilis (MOUKANDJA et al., 2017).

No Brasil, em 2018, constatou-se uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 21,4/1.000 nascidos vivos (25,7% superior à taxa observada no ano de 2017) (BRASIL, 2019). As taxas foram maiores nas regiões Sudeste (24,4/1.000 nascidos vivos) e Sul (23,0/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2019).

4.3. Consequências da Sífilis para a gestante e o bebê

A sífilis é uma doença grave e se torna ainda mais quando é diagnosticada em uma gestante, devido a transmissão vertical (GONÇALVES et al., 2020). A gestante quando diagnosticada com sífilis pode desenvolver uma série de intercorrências clínicas decorrentes da sífilis, como por exemplo o aborto, óbito neonatal, neonatal enfermo e perda fetal tardia (GONÇALVES et al., 2020; PERES; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Gestantes diagnosticadas com sífilis que não realizaram tratamento ou que não receberam o tratamento de forma correta estão propensas a transmitirem a sífilis aos seus conceptos. Tal situação pode desencadear várias consequências para o nascituro, podendo levar a morte fetal ou neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou a infecção congênita, surdez ou déficit de aprendizagem (HOLANDA et al., 2011; PERES; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

4.4. Atuação da Enfermagem no manejo da sífilis

A sífilis congênita é uma doença evitável quando é diagnosticada precocemente e o tratamento é feito de forma correta. Entretanto, ainda é considerada grave problema de saúde pública evidenciando assim falhas dos serviços de saúde, principalmente na promoção da saúde e assistência prestada durante o pré-natal, uma vez que a orientação, o diagnóstico e o tratamento da sífilis são medidas simples e eficazes presentes no acompanhamento da gestante no pré-natal (DAMASCENO et al., 2014; SÃO PAULO, 2016).

Os profissionais de saúde têm o conhecimento de que o diagnóstico precoce associado as medidas de prevenção são instrumentos essenciais para o controle, tratamento e redução de casos. Esses instrumentos podem ser usados durante o

pré-natal, onde são realizados os exames de rotina para controle e acompanhamento das gestantes (GONÇALVES et al., 2020).

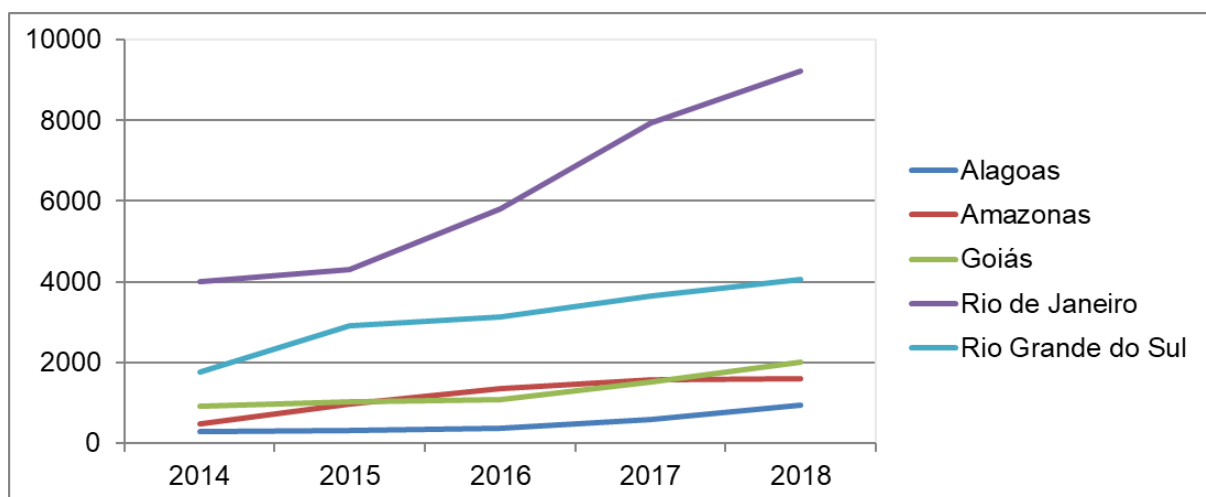
As ações de prevenção e controle da sífilis nas gestantes devem estar presentes durante todo o acompanhamento da gestante no pré-natal. A informação sobre a transmissão vertical da doença deve ser fortemente abordada por todos os envolvidos na assistência da gestante, promovendo o conhecimento adequado sobre a doença e facilitando a adesão ao tratamento e consequentemente diminuindo os casos de sífilis congênita. Outra ação que deve ser realizada pela equipe é o acompanhamento do parceiro da gestante com teste positivo para sífilis com o objetivo de eliminar a cadeia de transmissão da doença e possibilidade de reinfecção. (GONÇALVES et al., 2020). Um pré-natal insatisfatório leva ao aparecimento de falhas no tratamento da sífilis gestacional, resultando no aumento do número de casos de sífilis congênita. Portanto o enfermeiro tem de se atentar as faltas da gestante nas consultas durante todo o pré-natal (SEGATTO et al., 2015). Desta forma, o pré-natal de uma gestante com sífilis tende a ser mais criterioso e exige mais atenção.

É importante a equipe informar a gestante que o tratamento da sífilis é simples, acessível e de baixo custo e não se difere da sífilis do período não gestacional e deve ser realizado de forma mais rápida e correta para evitar a transmissão vertical da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2016).

Finalmente deve-se ressaltar que mediante um caso positivo de sífilis a equipe que assistiu a gestante deverá notificar o caso por meio do preenchimento e do envio da ficha de notificação e investigação epidemiológica e o registro da mesma no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (SÃO PAULO, 2016).

5. RESULTADOS

Gráfico 01: Número absoluto de casos de sífilis gestacional nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, 2014-2018.



Observou-se um aumento expressivo dos casos em todos os estados do estudo para o período 2014-2018, com destaque para o Rio de Janeiro (50,6%), seguido de Rio Grande do Sul (25,1%), Goiás (10,6%), Amazonas (9,6%) e Alagoas (4,1%).

Tabela 01: Casos de Sífilis gestacional, segundo faixa etária, raça/cor e escolaridade nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no período de 2014-2018.

Variável	Alagoas		Amazonas		Goiás		Rio de Janeiro		Rio Grande do Sul	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária										
10 a 14 anos	46	1,8	114	1,9	84	1,3	435	1,4	132	0,9
15 a 19 anos	725	28,9	1.752	29,4	1.711	26,1	8.737	28	3.640	23,5
20 a 29 anos	1.243	49,5	2.862	48	3.487	53,2	16.695	53,5	8.344	53,9
30 a 39 anos	434	17,3	1.100	18,4	1.164	17,7	4.848	15,5	3.072	19,8
40 anos ou +	64	2,5	135	2,3	114	1,7	512	1,6	303	2
Raça ou Cor										
Branca	341	13	429	7,5	1.295	21,6	6.289	23,1	9.696	69,9
Preta	337	12,8	262	4,6	621	10,4	6.477	23,8	1.946	14
Amarela	39	1,49	52	0,9	108	1,8	357	1,3	84	0,6
Parda	1.897	72,2	4.817	83,8	3.949	65,9	14.054	51,6	2.061	14,9
Indígena	12	0,46	189	3,3	21	0,4	45	0,2	79	0,6
Escolaridade										
Analfabeto	87	4,9	46	1	17	0,4	646	3,1	30	0,3
Fundamental Incompleto	1.046	59	1.979	42,6	1.474	34,9	8.482	41,1	3.970	39,4
Fundamental Completo	380	21,4	1.589	34,2	1.535	36,3	7.148	34,7	3.528	35
Médio completo	242	13,6	988	21,3	1.113	26,4	4.209	20,4	2.394	23,8
Superior Completo	18	1	39	0,8	84	2	139	0,7	144	1,43

Fonte: DATASUS

Observou-se que segundo a faixa etária existe uma tendência similar nos estados do estudo, sendo a faixa etária de 20 a 29 anos com a maior número de casos, variando entre 1.243 casos (49,5 %) em Alagoas, 2.862 casos (48%) no Amazonas, 3.487 casos (53,2%) em Goiás, 16.695 casos (53,5 %) no Rio de Janeiro e 8.344 casos (53,9%) no Rio Grande do Sul.

Quanto a Raça/Cor a parda apresentou o maior número de casos, sendo 1.897 casos (72,2 %) em Alagoas, 4.817 casos (83,8 %) em Amazonas, 3.949 casos (65,9 %) em Goiás e 14.054 casos (51,6 %) no Rio de Janeiro. Entretanto, o estado do Rio Grande do Sul apontou um resultado diferente dos demais estados sendo a raça/ cor branca com o maior número de casos, representando 69,9% (9.696) (Tabela 1).

Em relação a escolaridade observou-se que o nível fundamental incompleto obteve um destaque e possui resultado similar nos estados de Alagoas, Amazonas, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, sendo 1.046 casos (59 %) em Alagoas, 1.979 casos (42,6 %) em Amazonas, 8.482 casos (41,1 %) no Rio de Janeiro e 3.970 casos (39,4 %) no Rio Grande do Sul. O estado de Goiás possui um resultado divergente dos demais, sendo o fundamental completo a variável com maior prevalência com 1.535 casos (36,3 %). Além disso nota-se que o ensino superior é um fator de proteção contra a sífilis gestacional já que de acordo com os dados levantados esse nível de escolaridade apresentou o menor número de casos com 18 casos (1%) em Alagoas, 39 casos (0,8%) no Amazonas, 84 casos (2%) em Goiás, 139 casos (0,7%) no Rio de Janeiro e 144 casos (1,43%) no Rio Grande do Sul.

Tabela 2: Casos de sífilis gestacional, segundo Idade gestacional, esquema de tratamento, classificação clínica, momento do diagnóstico e parceiro tratado para os estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no período de 2014-2018.

Variável	Alagoas		Amazonas		Goiás		Rio de Janeiro		Rio Grande do Sul	
Idade Gestacional	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Trimestre	606	25,0	1283	25,4	1662	26,1	12.240	43,1	6951	45,8
2º Trimestre	883	36,5	1822	36,0	2516	39,5	7.633	26,9	3320	21,9
3º Trimestre	932	38,5	1950	38,6	2185	34,3	8.541	30,1	4913	32,4
Esquema de Tratamento										
Penicilina	1905	92,8	5138	96	5102	92,8	25.543	96,6	10.857	87,9
Outro Esquema	46	2,24	42	1	149	2,7	179	0,7	406	3,29
Não realizado	101	4,92	164	3	248	4,5	728	2,8	1095	8,86
Classificação Clínica										
Primária	790	45,7	2817	61,3	1671	30,5	6256	29,9	4899	53,3
Secundária	219	12,7	350	7,6	1204	22,0	874	4,2	787	8,6
Terciária	269	15,6	518	11,3	572	10,5	4980	23,8	1211	13,2
Latente	449	26,0	911	19,8	2023	37,0	8.826	42,2	2290	24,9

Continuação Tabela 2.

Momento do Diagnóstico										
Durante o Pré-Natal	709	39,3	1091	43,3	1218	59,0	9.527	56,3	5735	69,8
Parto/curetagem	849	47,1	1272	50,5	572	27,7	6.296	37,2	2202	26,8
Após o parto	236	13,1	125	5,0	251	12,2	1018	6,0	252	3,1
Não realizado	10	0,55	29	1,2	23	1,1	76	0,4	33	0,4
Parceiro tratado										
Sim	186	13	446	31,3	417	23,6	2216	18,6	1938	31,0
Não	1250	87	980	68,7	1348	76,4	9.705	81,4	4321	69,0

Fonte: DATASUS

Observou-se que em quanto à Idade gestacional houve predominância do diagnóstico de casos de sífilis gestacional no terceiro trimestre de gestação, para os estados de Alagoas e Amazonas, com 932 casos (38,5%) e 1.950 (38,6%) respectivamente. No estado de Goiás predomina-se o diagnóstico no segundo trimestre com 2.516 casos (39,5%). Nos estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul destaca-se o primeiro trimestre da gestação para diagnóstico de casos de sífilis gestacional, com 6.951 casos (45,8%) e 12.240 (43,1%) respectivamente (Tabela 2).

Quanto ao esquema de tratamento houve predomínio da administração de penicilina em todos os estados, com 1.905 (92,8%) em Alagoas, 5.138 (96%) em Amazonas, 5.102 (92,8%) em Goiás, 25.543 (96,6%) no Rio de Janeiro e 10.857 (87,9%) no Rio Grande do Sul. No estado do Rio Grande do Sul, observou-se que 1.095 (8,86%) gestantes não receberam nenhum tipo de tratamento para sífilis.

Para classificação clínica verificou-se que nos estados de Alagoas, Amazonas e Rio Grande do Sul a Sífilis Primária se apresenta com o maior número de casos com 790 casos (45,7%) em Alagoas, 2.817 (61,3%) no Amazonas e 4.899 (53,3%) no Rio Grande do Sul. Nos estados de Goiás e Rio de Janeiro, há predominância da Sífilis Latente, com 2.023 (37%) e 8.826 (42,2%) casos respectivamente.

Para momento do diagnóstico dos casos de sífilis em gestantes, a maioria dos casos nos estados de Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul encontram-se no momento do Pré-Natal, com 1.218 (59%), 9.527 (56,3%) e 5.735 (69,8%) respectivamente. Nos estados de Alagoas e Amazonas observou-se que a maioria das gestantes foi diagnosticada com sífilis no momento do parto ou curetagem com 849 (47,1%) em Alagoas e 1.272 (50,5%) em Amazonas.

A respeito do tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis em todos os estados verifica-se que mais de 60% não foram tratados, com 1.250 (87%) em Alagoas, 980 (68,7%) no Amazonas, 1.348 (76,4%) em Goiás, 9.705 (81,4%) no Rio de Janeiro, e 4.321 (69%) no Rio Grande do Sul.

6. DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que os casos de sífilis gestacional para os estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul nos anos de 2014 a 2018 foram de gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos (48%-53,9%), da raça/cor parda (14,9%-83,8%), nível de escolaridade fundamental incompleto, diagnóstico da infecção entre o primeiro e terceiro trimestre da gravidez, tratamento realizado com penicilina (87,9%-96,6%) e parceiro sem tratamento (69%-81,4%), estágio primário da doença, sendo o diagnóstico realizado nas consultas de pré-natal (39,3%-59%).

No presente estudo quanto a variável faixa etária, observou-se que a maioria dos casos ocorreu com mulheres entre 20 a 29 anos seguidos pela faixa etária entre 15 a 19 anos para todos os estados do estudo. Resultado semelhante foi encontrado em estudo anterior realizado, em 2017, para o Brasil, com 53% das notificações de sífilis gestacional entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (MORAIS et al., 2017)

Outro estudo, apresentou também resultado semelhante para a faixa etária de 15 a 19 anos com 26% dos casos registrados evidenciando o início precoce de atividade sexual (BENITO; SOUZA, 2016). Estudo realizado entre 2007-2016 em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, observou o aumento de casos de sífilis gestacional na região, sendo 53,9% do total em mulheres com idade entre 20 a 29 anos (COUTO et al., 2018).

Essas faixas etárias representam a fase reprodutiva das mulheres, justificando assim, o maior número de casos (BENITO; SOUZA, 2016) Levantamento realizado no Brasil no ano de 2011 mostrou que um quarto da população brasileira começou a ter relações sexuais antes dos 15 anos de idade e cerca de 30% dos habitantes entre 15 e 49 anos alegam ter múltiplos parceiros sexuais o que expõe mais ao risco de contágio de sífilis (SILVA et al., 2017).

Os dados mostraram que quanto a raça/cor houve uma predominância da cor parda nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás e Rio de Janeiro, porém, o Rio Grande do Sul mostrou um resultado diferente dos demais estados, apontando a Raça/Cor branca como a mais predominante entre os casos confirmados de sífilis gestacional. Outros dois estudos realizados anteriormente têm resultado semelhante ao presente estudo, para o estado do Rio Grande do Sul. Um realizado em Santa

Maria, com 66,3% mulheres autodeclaradas brancas (COUTO et al., 2018). E outro em Maringá, entre os anos de 2013 a 2016 em que foram notificados 226 casos de sífilis gestacional com predomínio de mulheres da raça/cor branca (RAMOS; BONI, 2018).

Tal diferença entre o estado do Rio Grande do Sul e os demais estados do estudo pode ser pela à predominância da população de raça/cor branca na região sul do país, devido a colonização europeia (italianos, alemães, poloneses) nesse território (BEGOSSI, 2017). De acordo com a pesquisa de autodeclaração de raça/cor desempenhada no ano de 2010 pelo IBGE, 79,23% dos habitantes de Porto Alegre se declararam da raça/cor branca e apenas 20,24% da raça parda ou preta (IBGE, 2010).

No que se refere a escolaridade, o nível fundamental incompleto apresentou resultados semelhantes nos estados de Alagoas (42,6%), Amazonas (41,1%), Rio de Janeiro (39,4%) e Rio Grande do Sul (39,4%). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no município de Santa Cruz (RN) no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015, onde foram avaliadas 41 mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional. Dentre as pacientes participantes do estudo, 31,7% possuíam o ensino fundamental incompleto (CABRAL et al., 2018). No Rio de Janeiro no período de 2008 a 2017 apresentou resultados semelhantes quanto ao nível de escolaridade, no qual 26,3% da amostra estudada apresentou escolaridade inferior ao ensino fundamental incompleto (FELIPE et al., 2020).

Em contrapartida no estado de Goiás o nível fundamental completo, registrou o maior número de casos de sífilis gestacional (36,3%).

A sífilis assim como outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's) possuem um grupo de risco específicos, dentre eles a escolaridade inferior a 8 anos, raça/cor parda e faixa etária entre 20 a 29 anos (MORAIS et al., 2017).

Este estudo mostrou que houve grande predominância de tratamento das gestantes com a Penicilina em mais de 92,8% dos casos, corroborando com os estudos de BAGATINI et al. (2016) com 84% das gestantes tratadas com Penicilina, 89,7% no de TREVISAN et al. (2018), 72,50% no de NOGUCHI et al. (2018) e CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO (2017) registraram 93%.

Tal resultado se deve ao fato da benzilpenicilina benzatina ser o tratamento de escolha para sífilis, pois é o único medicamento com eficácia segura e

comprovada, durante a gestação. Além disso, é um tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde devendo o mesmo ser administrado em unidade de saúde (BRASIL, 2019a). Só deve ser considerada outra opção de tratamentos casos de contraindicações absolutas ao uso da penicilina, como nos casos de alergias ao medicamento (BRASIL, 2015).

Apesar da adesão ao tratamento ser alta em todos os estados, um dado preocupante deste estudo é que 1.095 mulheres (8,86%) no estado do Rio Grande do Sul não foram tratadas com nenhum esquema de tratamento. Gestantes não tratadas, que realizaram o tratamento de forma inadequada, ou que se teve interrupção do mesmo podem transmitir a sífilis através da placenta, tem como consequência abortos tardios, prematuridade, óbito fetal e sífilis neonatal congênita. É possível também a ocorrência de contágio através do contato do RN com as lesões genitais na hora do parto normal (FREITAS; MEDEIROS, 2018; PERES; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Este presente estudo evidenciou a predominância da classificação clínica primária da sífilis nos estados de Alagoas (45,7%), Amazonas (61,3%) e Rio Grande do Sul (53,3%), seguida da latente nos estados de Goiás e Rio de Janeiro com 37% e 42,2% respectivamente. Estudos demonstram resultados semelhantes, em 2018 no município de Três Corações (MG) que mostra o estágio primário da doença com registro de 51% seguida da latente com 35% (NOGUCHI et al., 2018). No período de 2007-2014 em Palmas (TO) realizado no período de, aponta 36,8% para a sífilis primária e 29,8% para a sífilis latente.

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer estágio clínico da sífilis materna, porém a transmissão é maior quando a gestante possui a sífilis primária e secundária. Quanto mais recente é a infecção, mais *treponemas* estão circulantes, podendo afetar mais gravemente o bebê (BRASIL, 2015).

Quanto ao momento do diagnóstico, este estudo verificou o diagnóstico de sífilis gestacional no primeiro trimestre da gestação para os estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (43,1% e 45,8% respectivamente) e no terceiro em Alagoas (38,5%) e Amazonas (38,6%). Em Goiás houve o predomínio de diagnóstico no segundo trimestre (39,5%).

Outros estudos demonstram a predominância dos casos identificados no primeiro e segundo trimestre de gestação variando de 28% em Três Corações, Minas Gerais

a 77,5% em um estudo transversal retrospectivo feito no município de Guarapuava, no Paraná (AHUMADA; LAVALLE; CHAMORRO, 2017; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; NOGUCHI et al., 2018; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; SOARES et al., 2017).

Quanto ao momento do diagnóstico, os estados de Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul realizaram o diagnóstico da sífilis, com 59%, 56,3% e 69,8% respectivamente no pré-natal. Nos estados de Alagoas (47,1%) e Amazonas (50,5%) as gestantes com sífilis foram diagnosticadas somente na hora do parto ou curetagem. Estudos mostram dados semelhantes, realizado em Niterói no período de 2007 a 2016 que registrou 57,6% das mulheres o diagnóstico de sífilis no pré-natal e as demais souberam da infecção somente no momento do parto ou curetagem. Outro estudo realizado em seis unidades federativas do Brasil no período de 2007 a 2012 mostrou que 74% foram diagnosticadas no pré-natal e 18% no parto (HERINGER et al., 2020; SARACENI et al., 2017).

Toda gestante deve fazer a testagem para sífilis na sua primeira consulta de pré-natal, na Atenção Básica, no momento em que é diagnosticada a gestação. Os serviços que dispõem de testes rápidos devem realizar a testagem para sífilis imediatamente após a realização deste diagnóstico. Os que não possuem o teste rápido, deverão realizar a coleta sanguínea para o exame de VDRL, que é preconizado pelo Ministério da Saúde a ser realizado no primeiro e terceiro trimestre de gestação. É imprescindível que o parceiro sexual também seja testado (BRASIL, 2016; SANTANA; BARBOSA; SANTOS, 2019).

As consultas de pré-natal são consideradas a principal ferramenta de prevenção e controle contra a incidência dos casos de sífilis congênita. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) se insere a atenção ao pré-natal, na qual possuiu em seus protocolos triagem da sífilis na gestante, onde ela possuiu o direito de receber o auxílio de ser captada precocemente até a 12^o semana de gestação (PERES; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019; VASCONCELOS et al., 2016).

O profissional de enfermagem desempenha papel importante nas ESF, pois além de ser habilitado e respaldado legalmente para a realização do pré-natal nas gestantes de baixo risco, possuiu participação imprescindível na prevenção da sífilis (SOUZA et al., 2018).

O enfermeiro tem o papel de intervir prestando um pré-natal de qualidade através da consulta de enfermagem realizar exames necessários, a averiguação do histórico de saúde da mulher, a anamnese e exame físico, a fim de identificar precocemente os fatores de risco para a saúde da gestante e do concepto (FREITAS; MEDEIROS, 2018). Ainda, são nas consultas de pré-natal que o enfermeiro tem a oportunidade de promover a educação em saúde com temas ligados à sexualidade, como planejamento reprodutivo, IST's, prática do sexo seguro com uso regular de preservativo, além de orientações sobre o aleitamento materno, parto, puerpério, nutrição e higiene (VASCONCELOS et al., 2016). Ele possui também acesso as pacientes por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que através das suas visitas domiciliares pode levar ao enfermeiro informações sobre os cuidados domiciliares referentes às gestantes e seus parceiros que apresentam VDRL positivo e procurar aquelas faltosas às consultas de pré-natal (SOUZA et al., 2018).

Além disso, neste presente estudo nos estados de Alagoas e Amazonas foi identificado que a maioria dos diagnósticos de sífilis ocorreu no momento do parto, fato que indica deficiências na assistência pré-natal desses estados. O momento do parto não constitui o momento ideal para o diagnóstico da infecção pela sífilis, já que falhas na assistência pré-natal indicam perdas na oportunidade de diagnóstico precoce e adoção de medidas efetivas para prevenir a ocorrência de transmissão vertical (CABRAL et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2018).

No presente estudo em todos os estados a maioria dos parceiros não foram tratados. Outros estudos também mostram resultados insatisfatórios em relação ao tratamento do parceiro. Um estudo que utilizou dados secundários do município de Niterói no Rio de Janeiro do período de 2007 a 2016 registrou que 59% dos parceiros das gestantes infectadas com sífilis não realizaram o tratamento. Nos estados do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal estudo utilizando notificações registradas no SINAN no período de 2007 a 2012 mostrou que os parceiros foram tratados junto com as gestantes em apenas 7,9% dos casos no Rio de Janeiro e 19,1% no Amazonas (HERINGER et al., 2020; SARACENI et al., 2017).

A falta de avaliação dos parceiros sexuais das mulheres com resultado positivo para sífilis é considerada um dos principais fatores que induz o insucesso da

eliminação ou diminuição da doença , pois há alto risco de reinfecção se apenas as mulheres receberem o tratamento adequado e seus parceiros sexuais não (MONTEIRO; CÔRTEZ, 2019; VASCONCELOS et al., 2016).

Uma revisão bibliográfica realizada no ano de 2014 afirma que o parceiro participar do pré-natal é uma estratégia importante para a prevenção de sífilis congênita, além de proporcionar para o bem estar para o trinômio (gestante-bebê-parceiro) (HORTA et al., 2017),

Outro papel essencial da enfermagem está na inclusão do parceiro no pré-natal, buscando estratégias para incentivar sua participação nas consultas, criação de vínculo com esse parceiro para facilitar a educação em saúde sobre adesão ao tratamento da sífilis adquirida, prevenção contra doenças transplacentárias como a sífilis congênita, a AIDS, hepatites e complicações como aborto espontâneo, natimorto, baixo peso ao nascer e prematuridade (VASCONCELOS et al., 2016).

Este estudo apresentou resultados relevantes quanto a situação epidemiológica da sífilis gestacional para os estados selecionados evidenciando o grande problema de saúde pública.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu conhecer o perfil epidemiológico da sífilis gestacional nos estados de Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no período de 2014-2018, constatando um aumento expressivo dos casos em todos os estados do estudo no referido período.

Este estudo reforça a situação da sífilis gestacional como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo um dos principais fatores para a continuidade e agravamento deste problema a falta de educação em saúde e má qualidade do pré-natal.

Uma assistência adequada de pré-natal permite diagnóstico e tratamento precoce da gestante e seu parceiro, possibilitando assim a redução na transmissão vertical e complicações da doença.

Dessa forma, para o fortalecimento de boas práticas de saúde faz-se necessário que as unidades básicas de saúde ofereçam acesso universal e humanizado, conscientizando a população para as consequências da sífilis para gestante, parceiro e bebê.

Diante do exposto, e considerando os resultados deste estudo nota-se a necessidade de investir em educação em saúde, principalmente nas escolas por meio de projetos relacionados à prevenção e promoção a pratica sexual segura, evitando assim a transmissão da sífilis e de outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como a melhora na qualidade do pré-natal realizado nas unidades de saúde, com busca ativa de gestantes e acompanhamento mensal das mesmas.

REFERÊNCIAS

AHUMADA, C. A.; LAVALLE, M. H.; CHAMORRO, M. V. SÍFILIS GESTACIONAL: ENFERMEDAD DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, CÓRDOBA-COLOMBIA, 2015. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 1, p. 1509–1518, 2017.

BAGATINI, C. L. T. et al. Teste Rápido Para Sífilis No Pré-Natal Da Atenção Básica: Avaliação Institucional Qualitativa E Educação Permanente Em Saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 81–95, 2016.

BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil Epidemiológico Dos Casos De Sífilis Gestacional. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 5, p. 1867–1874, 2017.

BEGOSSI, J. A. **Sífilis Gestacional: análise temporal de incidência no município de Porto Alegre no período de 2007 a 2015**. Curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

BENITO, L. A. O.; SOUZA, W. N. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.

BOTTURA ET AL. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. **Arquivos Médicos dos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 2, p. 69–75, 2019.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Manual Técnico para Diagnóstico da sífilis**. [s.l: s.n.]. v. 1

BRASIL. Sífilis 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n.36, n. 2358–9450, p. 41, 2017.

BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saude. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.**, v. 1, p. 246, 2019a.

BRASIL. Boletim Epidemiológico Sífilis 2019. **Boletim Epidemiológico**, p. 1–44, 2019b.

CABRAL, B. T. V. et al. Sífilis Em Gestante E Sífilis Congênita: Um Estudo Retrospectivo. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 32–44, 2018.

CAVALCANTE, P. A. DE M.; PEREIRA, R. B. DE L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis

gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 2, p. 255–264, 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012.

COUTO, S. et al. Perfil Epidemiológico Da Sífilis Gestacional E Congênita Do Município De Santa Maria / Rs Entre Os Anos De 2007 E 2016. **Disciplinarum Scientia**, v. 19, n. 3, p. 415–423, 2018.

DAMASCENO, A. B. . et al. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, v. 13, n. 3, p. 88–94, 2014.

FELIPE, L. A. et al. O perfil epidemiológico das gestantes notificadas com sífilis no município do Rio de Janeiro - 2008 a 2017. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 1, p. 35–41, 2020.

FREITAS, Í. R.; MEDEIROS, J. O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS. **Revista Diálogos & Ciência**, v. 41, n. 18, p. 1–13, 2018.

GONÇALVES, M. M. et al. Os Desafios no Tratamento da Sífilis Gestacional. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 49, p. 106–113, 2020.

GUIMARÃES, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 24, 2018.

HERINGER, A. L. DOS S. et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, n. e8, p. 1–8, 2020.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal , Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 20, n. 2, p. 203–212, 2011.

HORTA, H. H. L. et al. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA. **Revista APS**, v. 20, n. 4, p. 623–627, 2017.

IBGE. Censo demográfico. 2010.

KORENROUMP et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes — Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, v. 473, p. 1–17, 2019.

LIMA, T. M. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo , Brasil. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 19, n. 4, p. 873–880, 2019.

MARASCHIN, M. S. et al. **Sífilis materna e congênita notificadas em um hospital de ensino** *Revista Nursing*, 2019. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/257/pg39.pdf>>

MARQUES, J. V. S. et al. Perfil Epidemiológico Da Sífilis Gestacional: Clínica E Evolução De 2012 a 2017. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, p. 13–20, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Sífilis 2016. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 35, p. 29, 2016.

MONTEIRO, R.; CÔRTEZ, P. P. DE R. A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. **Revista Pró-UniversSUS**, v. 10, n. 2, p. 13–17, 2019.

MORAIS, T. R. DE et al. Interseccionalidades em Saúde : Predomínio de Sífilis Gestacional em Mulheres Negras e Pardas no Brasil. p. 670–679, 2017.

NOGUCHI, T. F. B. et al. PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTE EM UMA CIDADE DO SUL DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DOCUMENTAL. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 3, p. 1–14, 2018.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. e3019, p. 1–10, 2018.

PERES, M. L. DO A. H. S.; FERREIRA, W. F. DA S.; OLIVEIRA, E. M. SÍFILIS CONGÊNITA: UMA PROBLEMÁTICA EM SAÚDE PÚBLICA. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, p. 1–12, 2019.

RAMOS, M. G.; BONI, S. M. Prevalência Da Sífilis Gestacional E Congênita Na População Do Município De Maringá – Pr. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, p. 517, 2018.

SANTANA, M. V. S.; BARBOSA, P. N. G.; SANTOS, J. F. L. Sífilis gestacional na Atenção Básica. **Diversitas Journal**, v. 4, n. 2, p. 403–419, 2019.

SÃO PAULO. **Guia de Bolso Para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. [s.l: s.n.].

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: Dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 41, n. 1, p. 1–8, 2017.

SEGATTO, M. J. et al. Evaluation p renatal care in a Brazil ' s South city. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 2, p. 4–10, 2015.

SILVA, L. C. V. G. et al. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, v. 34, n. 12, p. 128–139, 2017.

SOARES, L. G. et al. Sífilis gestacional e congênita: Características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 781–789, 2017.

SOUZA, L. A. et al. AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Revista de Iniciação Científica da LIBERTAS**, v. 8, n. 1, p. 108–120, 2018.

TREVISAN, M. G. et al. Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 19, n. 2, p. 84–96, 17 dez. 2018.

VASCONCELOS, M. O. et al. SÍFILIS NA GESTAÇÃO : ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O TRATAMENTO SIMULTÂNEO DO CASAL. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 85–92, 2016.

WHO. Treatment of Treponema pallidum (syphilis). **World Health Organization**, 2016.