



UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

CURSO DE BIOMEDICINA

Leandra Caroline de Souza

**A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS CONGÊNITA NO
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul
2022

Leandra Caroline de Souza

**A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS CONGÊNITA NO
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Biomedicina
da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC
para obtenção do título de Bacharel em
Biomedicina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Aline Daniele Schuster

Santa Cruz do Sul
2022

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que possui fácil diagnóstico e tratamento, entretanto ela continua sendo um agravo de saúde pública, principalmente por ser uma infecção que ocorre predominantemente por contato sexual na forma de sífilis adquirida e gestacional, ou por via transplacentária causando a sífilis congênita. Nos casos de sífilis gestacional, os altos índices trazem complicações para as gestantes e para o feto, já que possui altas taxas de morbimortalidade em neonatos pela ausência de tratamento adequado. **Objetivo:** Avaliar a incidência do número de casos de sífilis gestacional e congênita, assim como o perfil sociodemográfico e clínico no período de 2017 a 2021 no município de Santa Cruz do Sul. **Metodologia:** A pesquisa trata-se de um estudo ecológico, que analisou as variáveis sociodemográficas e clínicas dos casos notificados no SINAN, assim como os nascidos vivos no SINASC, e dos casos de mortalidade no SIM. Essas informações foram coletadas em planilhas Excel, e a partir delas, gerada a análise dos dados por meio do software de análises estatísticas *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*. **Resultados:** Foram notificados no município de Santa Cruz do Sul de 2017 a 2021, a sífilis gestacional (SG) em 121 casos, e a sífilis congênita (SC) em 57 casos. A incidência da doença apresentou uma tendência decrescente para SG diminuindo 2017 a 2021 (de 19,0 para 4,9 casos por 1.000 nascidos vivos ($p= 0,002$), apesar de haver um decaimento na taxa de incidência entre os anos de 2020 e 2021, a variável SC apresentou uma tendência crescente ($p= 0,32$) apesar de ter uma diminuição de 2017 a 2019, porém em 2020 houve um aumento de 2,0 para 5,5. **Conclusão:** Houve uma diminuição significativa dos casos notificados no município, entretanto em relação aos casos de SG com os de SC ainda há altos índices quando comparamos a quantidade de casos por ano. Algumas variáveis que podemos considerar é um pré-natal precário, seja por diagnóstico tardio, tratamento inadequado, entre outros fatores. Outras variáveis que devem ser consideradas são os casos subnotificados durante o período de estudo e durante a pandemia entre os anos de 2020 e 2021 causada pela SARS-Cov-2, essa que impactou a sociedade impossibilitando a circulação e o contato de pessoas, a fim de entender sobre a diminuição dos casos neste período será necessário novos estudos no tempo pós- pandemia. Portanto, sugere-se que sejam realizados futuros estudos que avaliem as possíveis hipóteses para a diminuição dos casos.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal, Doenças Transmissíveis, Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas, Sífilis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	4
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
3.1 Gestação.....	7
3.2 Pré-Natal.....	8
3.2.1 Triagem De Doenças Infecciosas	9
3.3 Sífilis.....	11
3.3.1 Sífilis Gestacional.....	14
3.3.2 Sífilis Congênita	15
3.3.3 Transmissão	17
3.3.4 Manifestações Clínicas	17
3.3.5 Diagnóstico.....	19
3.3.6 Tratamento.....	20
3.3.7 Epidemiologia.....	24
4. MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1 Desenho do estudo e amostra.....	26
4.1.1 Critérios de inclusão.....	27
4.1.2 Variáveis.....	27
4.1.3 Variáveis dependentes.....	28
4.1.4 Variáveis independentes.....	28
4.2 Procedimentos metodológicos.....	28
4.3 Coleta de dados.....	28
4.4 Processamento e análise de dados.....	28
4.5 Considerações éticas.....	29
4.5.1 Riscos e benefícios.....	30
4.7 Divulgação dos dados da pesquisa.....	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÕES.....	47
7. REFERÊNCIAS	48
8. ANEXOS.....	68
Anexo A- Normas para submissão na Revista Cadernos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.....	68

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É uma infecção sistêmica que possui evolução crônica, curável e exclusiva dos seres humanos. A transmissão ocorre predominantemente por contato sexual de forma adquirida, gestacional ou por via transplacentária. Por apresentar uma sintomatologia distinta em todos os seus estágios, se torna um agravo de saúde pública, visto que muitas vezes o indivíduo não correlaciona a doença aos sintomas clínicos (ANDRADE *et al.*, 2018; BRASIL, 2018; GUIMARÃES, 2018; HICKS; CLEMENT, 2020; MARQUES *et al.*, 2018; SALOMÃO, 2017; TORTORA *et al.*, 2016).

Apresenta-se em estágios e graus de doença diferentes, como na forma adquirida e gestacional a sífilis primária, secundária, latente e terciária, e por transmissão vertical a sífilis congênita (precoce ou tardia). No período gestacional, a sífilis se torna um agravo ainda maior já que a não realização do tratamento e acompanhamento desta gestante poderá causar complicações na gestação ou uma transmissão vertical (de mãe para filho). A doença acomete entre 30% a 100% dos fetos quando não há a realização do tratamento materno, podendo evoluir para estágios mais complicados da doença como as complicações cutâneas, ósseas e neurológicas, tendo como principal complicação, a sífilis congênita, que leva a agravamentos irreversíveis como o aborto, morte neonatal, baixo peso ao nascer, além de complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (BRASIL, 2019; CARDOSO *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019; HEBMULLER *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2016).

A fim de diminuir o alto índice entre gestantes e, conseqüentemente, em recém-nascidos, o Sistema Único de Saúde (SUS) criou programas de incentivo, como o Programa de Atenção ao Pré-Natal que garante direitos para que todas as gestantes tenham acesso às consultas de triagem e exames, garantindo o direito de a gestante ter um acompanhamento durante a gestação e o puerpério. Segundo os dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2019, houve 5430 casos notificados para sífilis adquirida, destes 2.158 casos eram de sífilis gestacional e 331 casos de sífilis congênita (BRASIL, 2019; CARDOSO *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019; HEBMULLER *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Dessa forma a sífilis gestacional (SG) e congênita (SC) são agravos de saúde que são passíveis de controle, e a assistência pré-natal se configura como uma ferramenta de acompanhamento, rastreamento e controle. Considerando a importância da SG e SC como uma

doença de alta incidência, e com inúmeras consequências para o feto, o estudo busca analisar se houve aumento dos casos de SG e SC no município de Santa Cruz do Sul no período de 2017 a 2021.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a incidência dos casos de sífilis gestacional e congênita, no município de Santa Cruz do Sul no período de 2017 - 2021.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional no município de Santa Cruz do Sul.
- Descrever os possíveis fatores clínicos e sociodemográficos que estão relacionados aos casos notificados de sífilis gestacional e congênita no município e no período estipulado.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Gestação

A gravidez é o período de cerca de nove meses de gestação nas mulheres, contado a partir da fecundação e implantação de um óvulo no útero até o nascimento. Durante a gravidez, o organismo materno passa por diversas alterações fisiológicas que sustentam o feto em crescimento e preparam o parto. Ela ocorre a partir da nidação, processo no qual, após várias mitoses, o zigoto é transformado em embrião e fixado na parede do útero. Pode ser detectado por meio de um teste farmacêutico ou um teste beta HCG (hormônio gonadotrófico coriônico) (BRASIL,2006).

O período de 40 semanas é o resultado do processo de fertilização de um ovócito por um espermatozoide e da fixação do zigoto na cavidade uterina. A gestação envolve o desenvolvimento fetal no útero da mulher, e é o período desde o momento do nascimento. Neste período, a mulher passa por inúmeras mudanças no corpo, hormonal e psicológicas. Começamos com a quarta semana, por contar a partir da data do último período menstrual. Nas primeiras semanas, aguarda-se o processo de menstruação, seguido da possível ovulação, fecundação e fixação do embrião na cavidade uterina (BRASIL, 2005; BRASIL, 2016).

Na quarta semana, o embrião é do tamanho de um grão de arroz e o coração já começa bater, é possível também observar os locais onde serão formados os braços e pernas. Na oitava semana, as principais estruturas estão em desenvolvimento, possuindo já dedos, mãos, ouvidos e órgãos internos. O tamanho do embrião observado nesta fase pode ser comparado ao tamanho de uma ervilha, e a partir desse momento inicia-se o desenvolvimento fetal, ou seja, o então embrião passa a ser chamado de feto (BRASIL, 2005; BRASIL,2016).

Durante a 9^a à 12^a semana, ocorre o desenvolvimento de todas as partes do rosto, e o cérebro começa a funcionar nesta fase, e o bebê já tem movimentos dos braços e pernas. Na 14^a, o feto tem seus primeiros movimentos respiratórios e as mãos começam a se movimentar. Da 15^a a 16^a, a pele passa pelo engrossamento, além de cílios e sobrancelhas, e durante a 17^a a 30^a semana, o bebê já consegue engolir, sugar, piscar, além de movimentar-se mais fortemente. Para uma gestação tranquila e saudável, é necessário que essa gestante realize todos os exames e consultas estipuladas no pré-natal, afim tratar precocemente possíveis doenças que afetem o

desenvolvimento do feto, reduzindo as taxas de aborto, morbimortalidade, baixo peso ao nascer, além de deformações (BRASIL, 2005; BRASIL,2016).

3.2 Pré-Natal

O acompanhamento pré-natal constituiu-se de um conjunto de ações que visam garantir que todas as fases da gestação e do parto sejam acompanhadas por profissionais da saúde, a fim de rastrear e tratar doenças precocemente. Esse acompanhamento diminui impactos na saúde da gestante e do bebê, sendo uma excelente medida preventiva e evitando taxas de mortalidade materna e neonatal. A atenção pré-natal deve ser qualificada e humanizada por meio de condutas acolhedoras, onde se tenha fácil acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem a todos os tipos de atenção, como: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

Durante décadas, a experiência e a vivência da gestação e do parto eram exclusivamente das mulheres, tendo apenas parteiras para auxiliá-las. Com a evolução da ciência sendo desencadeada pelo processo de industrialização, surgiram novos instrumentos de diagnóstico, como o microscópio, estetoscópio e o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas. Logo, as patologias começaram a ser diagnosticadas e tratadas, e os hospitais se tornaram centros de diagnósticos e de tratamento. A partir dos anos 80, com movimentos de profissionais da saúde, mulheres e outras instituições da sociedade, foram realizadas mudanças na forma do atendimento à saúde da mulher, valorizando a sua participação na cidadania e reconhecimento de seus direitos (BRASIL, 2000; RIBEIRO, 2009).

O sistema de saúde foi sofrendo muitas mudanças ao longo do século XX, pois a Atenção Básica à Saúde sofreu inúmeras mudanças, e somente em 1960 houve a implantação de ações que garantiam a assistência à mulher, com ênfase nas questões como gravidez, ao parto e nascimento do bebê. A publicação do programa de assistência integral à saúde da mulher em 1983 propôs ações voltadas à integridade, equidade e abordagem global das fases do ciclo vital, garantindo a atenção ao pré-natal e seu impacto durante a gravidez e pós-parto (BRASIL, 2000; BRASIL, 2010; DUNCAN *et al.*, 2004).

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem adotando estratégias na promoção da maternidade segura, essas que garantem o acesso ao pré-natal com vista à humanização do cuidado à saúde. Em 2000, foi criado o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento,

já que até então não havia um modelo que normalizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa conseguiu estabelecer número de consultas, a idade gestacional, exames laboratoriais, exames de imagem, imunização, classificação de risco gestacional e atividades educativas, garantindo assim uma qualidade na gestação, no parto e no pós-parto, garantindo que os recém-nascidos tenham direito a assistência humanizada e segura na assistência neonatal (BRASIL, 2013; RIBEIRO, 2009).

A partir do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, houve o aperfeiçoamento da temática com publicações de manuais técnicos de atenção ao pré-natal e ao puerpério, os quais visam oferecer informações para a rede de assistência à saúde por meio de evidências científicas, fomentando a capacitação dos profissionais nas práticas em saúde. Em 2011, com a portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, com objetivo de implementar cuidados que assegurem que as mulheres tenham direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada, ao parto e ao puerpério e as crianças tenham direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. As principais finalidades do programa são oferecer recursos de exames de pré-natal, testes rápidos de gravidez e detecção de sífilis e *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e UTI neonatal, conseguindo assim estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Segundo Nunes (2017), a taxa de assistência pré-natal é de 97,4%, alcançando os dados que o programa Nascer Bem no Brasil publicou, onde o Brasil teria uma cobertura nacional de assistência pré-natal de 90%. Apesar desses dados e de todos os programas de incentivo ao pré-natal, persistem as desigualdades no acesso ao cuidado, esses que poderiam reverter dados de mortalidade materna e neonatal. Ainda que haja estratégias voltadas para o acesso à saúde, algumas populações saem desfavorecidas e não conseguem ter um ingresso precoce no pré-natal, garantindo que seja realizado o acompanhamento adequado (SERRUYA, 2004).

3.2.1 Triagem De Doenças Infecciosas

O pré-natal é fundamental para a prevenção e detecção de patologias, maternas ou fetais, permitindo o desenvolvimento fetal adequado e diminuindo os riscos para a gestante. As principais doenças infecciosas que são triadas já no primeiro trimestre da gestação são o HIV, sífilis, hepatite B e C, toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus, e no terceiro trimestre são

repetidos alguns exames para verificar se a gestante não foi infectada durante a gestação ou se o tratamento não foi realizado corretamente no caso de positividade anterior. (BRASIL, 2019)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), é importante que esses exames sejam solicitados conforme o cronograma que estipula o número de consultas por trimestre, sendo no mínimo oito: um contato no primeiro trimestre, duas no segundo e cinco no terceiro, conforme Tabela 1. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado conseguem tornar as taxas de transmissão vertical quase nulas, tanto durante a gestação, parto e na amamentação. A importância do diagnóstico é evitar que as doenças infecciosas sejam passadas de forma materna para o feto, que durante a gravidez pode ser exposto causando má formações, aborto espontâneo e parto prematuro (BLENCOWE *et al.*, 2016; PEREIRA, *et al.* 2019).

Figura 1- Modelo de Atendimento Pré-Natal de 2016, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Tabela 1: Modelo de APN de 2016	
Primeiro trimestre	
Contato 1: até 12 semanas	
Segundo trimestre	
Contato 2: 20 semanas	
Contato 3: 26 semanas	
Terceiro trimestre	
Contato 4: 30 semanas	
Contato 5: 34 semanas	
Contato 6: 36 semanas	
Contato 7: 38 semanas	
Contato 8: 40 semanas	
Retorno para o parto na 41ª. semana se ainda não tiver nascido. <i>Observação:</i> Tratamento preventivo intermitente da malária na gestação deve ser iniciada em ≥ 13 semanas.	

Fonte: BLENCOWE *et al.*, 2016.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um agravo de saúde pública, gerando inúmeras complicações e são as principais causas envolvidas no sistema de saúde. O aumento da incidência em mulheres usuárias de serviços de saúde no setor ginecológico e pré-natal, é um indicador da importância do monitoramento dessas infecções. Por ser assintomática na maioria, as consequências são graves e até fatais tanto para a gestante como para o bebê (BRASIL, 2017; COSTA *et al.*, 2010; LIMA; VIANA, 2009)

O ministério da saúde preconiza que sejam realizados testes no primeiro e no terceiro trimestre a fim de detectar os principais vírus, são eles: HIV, hepatite B e C, toxoplasmose,

citomegalovírus e rubéola, e a bactéria causadora da sífilis. Essas doenças infecciosas quando detectadas devem ser notificadas à vigilância sanitária, conforme o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975 no Brasil, que marcou a institucionalização das ações de vigilância em saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003; BRASIL, 2009).

Em 1969, foi criado pela Fundação de Serviços de Saúde Pública, o primeiro sistema de notificação semanal de doenças que criava um boletim epidemiológico quinzenal e a partir da institucionalização da Constituição Federal do Brasil de 1988, que fomenta a promoção, proteção e recuperação da saúde como dever do Estado e direito do Cidadão, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080, de 1990 de setembro de 1990, incorporou a notificação compulsória nas unidades de saúde. Essa notificação preconiza entender quais os desafios que o país enfrenta no que diz respeito à situação da saúde, avaliando as distintas causalidades, as ações de vigilância epidemiológica foram assumidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, através do Decreto nº 4.726/2003 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003; BRASIL, 2009).

As notificações são lançadas num sistema criado para operacionalizar tal processo em nível de gestão mais próximo das unidades notificadoras, essas que devem ser realizadas de maneira correta e com frequência estabelecida para permitir que as informações fiquem disponíveis para as ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2016).

3.3 Sífilis

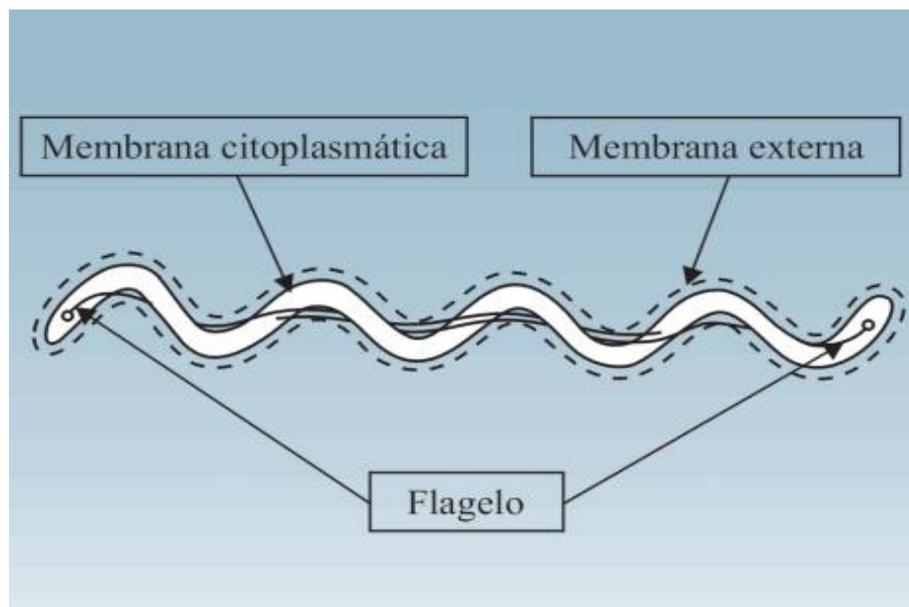
A sífilis é caracterizada por uma infecção sexualmente transmissível (IST) que possui cura e é exclusiva de seres humanos. Manifesta-se em diferentes estágios de infecção (sífilis primária, secundária, latente e terciária) e com uma variada sintomatologia. A transmissão ocorre predominantemente por via sexual na forma adquirida, por via transplacentária no caso de SC, e em uma porcentagem mínima em casos de erros transfusionais. Os altos índices da SG e SC podem agravar as altas taxas de morbimortalidade em neonatos se não houver um tratamento adequado (BRASIL, [s.d]; BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; ANDRADE *et al.*, 2018).

O agente etiológico da IST é a bactéria *Treponema pallidum*, do gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero possui seis espécies não patogênicas e quatro espécies patogênicas, são elas: *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, o

Treponema pertenue, agente da boubá, e o bejel ou sífilis endêmica atribuído à variante *Treponema pallidum* subsp. *endemicum* (SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A bactéria *Treponema pallidum* possui forma de espiral com cerca de 5-20 μ m de comprimento e espessura de 0,1 a 0,2 μ m. A sua estrutura não possui membrana celular, e é protegido por um envelope externo que contém três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. A bactéria apresenta flagelos na extremidade distal junto com a camada externa ao longo do eixo longitudinal, sua movimentação é por rotação do corpo em volta dos filamentos, conforme figura 1 (SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Figura 2- Desenho esquemático da estrutura do *Treponema pallidum*.



Fonte: Trabulsi, Microbiologia.

A disseminação do *Treponema pallidum* é ocasionada pela fricção cutânea que ocorre no ato sexual, e após a bactéria atinge o sistema linfático e através dele que há a disseminação para outras partes do corpo. O sistema de defesa do organismo começa agir e resulta em lesões na pele como ulceração e erosão no local de inoculação da bactéria, e a disseminação produz um complexo imune circulante. Mas, apesar da criação de um complexo imune, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção pelos anticorpos, e a imunidade celular é tardia já que é mediada por linfócitos T citotóxicos e auxiliares, permitindo que durante esse tempo seja realizada a multiplicação do *Treponema pallidum* sobrevivendo a longos períodos (SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2016).

A evolução da infecção resulta na alteração dos períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histológicas diferentes. A subdivisão da sífilis é recente para casos de diagnóstico realizado até um ano depois da infecção, e sífilis tardia diagnosticada após um ano. Os estágios iniciais da sífilis são os mais contagiosos, e são caracterizados por lesões específicas, por exemplo, no estágio primário há presença de lesão cancro duro, apresentando-se usualmente como pápula rósea de bordas rígidas com exulceração central e indolor, medindo de 1 a 2 cm de diâmetro, é uma lesão altamente infectante devido à grande quantidade de espiroquetas do *Treponema pallidum*, geralmente localizada na genitália, surgindo no local da inoculação, e em média de três semanas após a infecção, a qual regride espontaneamente em média de duas a seis semanas após o seu aparecimento, não deixando cicatriz, conforme figura 2 (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; LEITE *et al.*, 2016; SALOMÃO, 2017; MOREIRA, 2018; SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; PEELING *et al.*, 2017).

A sífilis secundária, chamada também de segundo estágio da doença, é caracterizada pelo acometimento sistêmico, pois o *Treponema pallidum* se dissemina pelo corpo, tornando os seus sinais e sintomas mais evidentes, surgindo geralmente por volta da quarta a décima semana após o aparecimento do cancro duro (estágio inicial), e seus sintomas aparecem na região da pele e mucosas, sendo específico do segundo estágio o acometimento da região da palma da mão e planta dos pés. As principais manifestações clínicas das lesões são o aparecimento sob forma de: máculas e pápulas eritematosas de cor branco acinzentadas, chamadas de roséola sífilítica, conforme figura 2 (BRASIL, 2015; KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; LEITE *et al.*, 2016; MOREIRA, 2018; SALOMÃO, 2017; PEELING *et al.*, 2017; SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

No caso de sífilis secundária não tratada ou com tratamento inadequado, a doença passa para um novo estágio, e esse estágio é chamado latência (sífilis latente), é caracterizado por um período assintomático da doença, no qual geralmente os pacientes ficam sem sinais e sintomas, mas com resultados sorológicos positivos. É dividida em sífilis latente recente com menos de dois anos de infecção, e sífilis latente tardia com mais de dois anos de infecção. A duração desse período é variável e pode durar de um a trinta anos, além de ser interrompido pelo novo surgimento de sinais e sintomas na forma secundária ou terciária. No entanto, o período de latência é considerado um dos mais perigosos, uma vez que a maioria dos pacientes costuma acreditar estar curado da doença, o qual aumenta o seu risco de transmissão, principalmente quando estes são mulheres gestantes (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; LEITE *et al.*, 2016;

SALOMÃO, 2017; PEELING *et al.*, 2017; MOREIRA, 2018; SANTOS *et. al.*, 2019; SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

A fase terciária da sífilis é o estado mais grave da doença, cerca de 15% a 40% dos pacientes infectados evoluem para essa etapa devido a não realização do tratamento ou tratamentos inadequados, e pode se manifestar de 10 a 20 anos após a primeira infecção. Sua manifestação clínica é caracterizada pela destruição de tecidos moles, pele, sistema cardiovascular, nervoso, músculos, fígado, ossos, e suas lesões possuem característica de goma ou granuloma, por ser uma lesão ulcerada, nodular e indolor, altamente destrutiva com ausência total de treponemas, conforme figura 2 (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; LEITE *et al.*, 2016; SALOMÃO, 2017; PEELING *et al.*, 2017; MOREIRA, 2018; SANTOS *et. al.*, 2019; SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

3.3.1 Sífilis Gestacional

A SG é um agravado de saúde pública, uma vez que não diagnosticada e tratada, aumentam as chances de uma transmissão vertical, que é induzida por via transplacentária ou no contato direto no parto no qual o feto pode ser gravemente afetado, causando morte intrauterina ou até mesmo um recém-nascido assintomático, mas infectado (TUDDENHAM; GHANEM, 2015; BRASIL, 2016; MOREIRA, 2018).

No caso de gestantes, se ela for diagnosticada e realizar o tratamento correto durante o pré-natal, assim como seu parceiro, as taxas de transmissão para o feto são baixas, entretanto se não ocorrer um diagnóstico e tratamento precoce, possivelmente retrata uma falha no serviço de assistência pré-natal. Sendo assim, a atenção primária deve garantir assistência especializada e de fácil acesso a todas as gestantes, por meio de medidas preventivas e curativas, uma vez que a sífilis é uma IST passível de controle e cura (BRASIL, 2016; MOREIRA, 2018).

Estudos apontam que os principais fatores da alta incidência de SC no mundo é a assistência pré-natal inadequada, na qual a mãe não tem um acompanhamento e rastreio adequado. Alguns fatores são a falta de atendimento nas unidades de saúde, abordagem educativa para gestantes, além de profissionais capacitados em doenças de notificação de agravos, a monitorização do sistema de saúde nas notificações no banco de dados. Dentre esses aspectos, podemos mencionar que os determinantes e condições de saúde devem ser considerados possíveis fatores como renda familiar, baixa escolaridade, raça/cor, uso abusivo

de álcool e outras drogas, histórico de IST, histórico de SG prévia, múltiplos parceiros sexuais, também afetam diretamente a continuidade desse tratamento ou o acompanhamento do sistema de saúde (BRASIL, 2017; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; DOMINGUES; LEAL, 2016).

A dificuldade do acesso ou a não realização do tratamento interfere diretamente no grande número de gestantes que não realizam o pré-natal e, conseqüentemente, não realizam os exames sorológicos, a fim de realizar um rastreamento precoce. Cerca de 50% das gestantes que não possuem um diagnóstico e acompanhamento podem transmitir logo no início da concepção, causando conseqüências adversas como aborto, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e casos de SC (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; AZEVEDO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, as dificuldades do acesso aos serviços de saúde são fatores indutores para esse agravamento, alguns desses são: a não solicitação do teste sorológico para sífilis em gestantes no pré-natal, assim como em seus parceiros, além da falha na abordagem educativa do casal para realização do tratamento resultando em uma possível reinfecção e tratamento incompleto dessa gestante. Durante os últimos anos, o aumento gradual do número de casos de gestante em conjunto com a SC tanto em países desenvolvidos ou não desenvolvidos, é um alerta para a saúde pública. Visto que, no Brasil, essa IST possui programas para o rastreamento, prevenção e promoção da saúde da mulher gestante (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018; BRASIL, 2019; JANIER *et al.*, 2014).

Portanto, uma boa assistência pré-natal garante um diagnóstico precoce, o tratamento adequado da gestante e de seu parceiro, resultando em melhores indicadores de saúde, evitando diagnósticos tardios e subnotificação. A assistência pré-natal tem ênfase em protocolos de triagem, rastreamento, tratamento e acompanhamento da gestante e companheiro infectado (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019).

3.3.2 Sífilis Congênita

A SC é resultante da transmissão vertical ou direta durante o parto/ ou amamentação, em que ocorre a disseminação hematogênica da bactéria *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical), essa transmissão ocorre quando as espiroquetas da bactéria sofrem disseminação sistêmica onde ultrapassam a barreira transplacentária, geralmente ocorre por volta da 9ª a 16ª semanas da gestação ou ao nascer quando o conceito entra em contato com

as lesões genitais infecciosas presentes no canal de parto da mãe. Essa transmissão pode ocorrer em casos em que não se obteve um acompanhamento no tratamento ou um tratamento inadequado (BRASIL, 2015 BRASILEIRO FILHO, 2017; NASCIMENTO, 2018; SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018; GUERRERO; LUCIANI, 2019).

Ocorre em duas fases, sendo a primeira fase, a SC precoce e a segunda a SC tardia. Em casos precoces, o recém-nascido já possui manifestações clínicas evidentes e é sorologicamente positivo, já nos casos tardios, a doença apresenta manifestações após 1 ano de nascimento. A transmissão da sífilis materna para o concepto resulta em desfechos negativos, a exemplo do aborto, natimorto ou criança com malformações congênitas (BRASIL, 2015 BRASILEIRO FILHO, 2017; NASCIMENTO, 2018; SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018; GUERRERO; LUCIANI, 2019).

A transmissão embrionária ocorre em qualquer estágio gestacional e classificação materna. A probabilidade de transmissão entre mãe e filho resulta de alguns fatores como o estágio da doença da mãe, assim como a idade gestacional e o tempo de exposição fetal no útero. Portanto, em estágios iniciais da doença, terá uma maior probabilidade de transmissão, já que há mais espiroquetas na circulação da mãe. Na fase primária e secundária, a taxa de transmissão é de 70 a 100%, enquanto na fase latente 40% e na latente tardia 10%. A transmissão para o feto afeta o desenvolvimento fetal, causando na maioria aborto, morte fetal e neonatal em 40% dos casos neonatos infectados, e cerca de 50% dos recém-nascidos infectados são assintomáticas ao nascimento (BRASIL, 2015; SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As lesões da mucosa cutânea da SC precoce pode estar presente desde o nascimento, sendo comum ou exantema macular, lesões bolhosas, condiloma latum, fissuras periorais e anais na face e extremidades, e a mucosa nasal se manifesta por rinite e muco sanguinolento. Em outros órgãos há a manifestação de hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrose, periostite ou osteíte, anemia, hidropisia fetal. Na SC tardia, as lesões são irreversíveis e as mais predominantes são a fronte olímpica, palato arqueado alto, rágades periorais, tibia em forma de sabre, os dentes de Hutchinson e os molares em forma de amora, além de queratite, surdez e retardo mental (BRASIL; FILHO, 2017; NASCIMENTO, 2018; MOREIRA, 2018; SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O diagnóstico da SC depende da combinação dos critérios clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta, também são solicitados o exame do LCR que é recomendado em todos os recém-nascidos. As radiografias de ossos longos são importantes, pois há casos em recém-nascidos infectados assintomáticos cuja única alteração é o achado radiográfico (SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

3.3.3 Transmissão

A sífilis é um IST infectocontagiosa sistêmica e sua transmissão ocorre predominantemente por penetração da bactéria na mucosa íntegra ou lesionada e sofre disseminação por todo o corpo, transmitida por via sexual, vertical ou pelo sangue, essa última, devido ao alto controle e testagem de sangue doado por hemocentros, tornou-se muito rara. A SC, entretanto, se dá por uma transmissão materna (vertical) na qual a mãe infectada transmite para o feto através da placenta. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gestação e estágio da doença materna. Nesse contexto, a transmissão é comum nos primeiros trimestres, porque o fluxo placentário está mais desenvolvido. Além da via transplacentária, há casos em que a contaminação pode ser direta, ou seja, no momento do parto, o recém-nascido entra em contato com a pele lesionada da mãe, onde há uma grande quantidade de espiroquetas na lesão durante a passagem pelo canal do parto, uma vez que possa ter lesões genitais nessa mulher gestante, e através do aleitamento materno se está desenvolver lesões na glândula mamária (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016; PEELING, 2017; BRASIL, 2019).

Por outro lado, a infecção pode ocorrer nos últimos meses de gestação, entretanto há uma redução da morbimortalidade do bebê, já que nesta fase há uma imunocompetência fetal e uma formação dos anticorpos materno, que acaba por diminuir o risco de infecção para o bebê. Já em casos de infecção materna recente, as chances aumentam a transmissão vertical já que na circulação da mãe há muita presença de bactérias treponêmicas, e conseqüentemente o alto risco de transmissão e gravidade (70 a 100% dos casos). No entanto, essa gravidade diminui gradualmente após novas gestações e sem tratamento oportuno e adequado (FEITOSA *et al.*, 2016; BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

3.3.4 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas são uma das principais dificuldades para o indivíduo infectado associar que esses sintomas podem ser ocasionados por IST, já que a sintomatologia

da doença é diferente nos estágios em que ela ocorre. Em gestantes, os sintomas são iguais ao da sífilis adquirida, e a apresentação clínica varia conforme o estágio da doença, o tempo de exposição à bactéria sem tratamento, carga treponêmica materna, virulência do treponema, tratamento de infecções maternas, coinfeção materna pelo HIV ou outras causas de imunodeficiência. Estes fatores levam a complicações gestacionais como ao aborto, natimorto ou morte infantil, bem como SC sintomática ou assintomática ao nascimento (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019).

Já na SG, a sintomatologia é diferenciada também pelo estágio, mas sua apresentação clínica é mais grave. Quando classificadas em SC precoce, as manifestações ocorrem de imediato, havendo a presença de lesões na pele e mucosa dos recém-nascidos havendo a presença de sífilides, caracterizada por um estágio secundário em adultos. Algumas sintomatologias na SC precoce são: hidropisia fetal (retenção de líquido fetal), lesões nas mucosas (fistula, obstrução nasal e rinite serosa), danos na pele (rágades na nasofaringe e varíola plana), lesões ósseas (osteomielite, periostite e metáfise caracterizadas pelo sinal de Weinberg, que se manifesta por choro ao manuseio e pseudoparalisia de Parrot), hepatoesplenomegalia, icterícia e anemia grave (AVELINO; PIMENTEL; FILHO, 2017; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019; FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

Nos casos da SC tardia, as manifestações clínicas aparecem após os primeiros anos de vida e são correspondentes ao estágio terciário num adulto (fase mais crônica da doença). Nesta fase, a criança tem acometimento dos órgãos por lesões formadoras de estigma, que ocorre pela substituição dos tecidos dos órgãos por tecido granulomatoso sífilítico (AVELINO; PIMENTEL; FILHO, 2017; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, as manifestações clínicas da SC precoce podem levar a danos mais sérios como: hepatoesplenomegalia, prematuridade, lesões cutâneas das mucosas, lesões ósseas, adenomegalia generalizada, lesões pulmonares (pneumonia alba), lesões renais (síndrome nefrótica), edema/hidropisia, meningoencefalite assintomática e anemia. Em casos mais graves, as principais manifestações são icterícia, anemia e lesões cutâneas das mucosas, que geralmente aparecem nos primeiros dias de vida fetal (AVELINO; PIMENTEL; FILHO, 2017; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019).

Além das lesões nos órgãos o estágio tardio, ocasiona lesões de pele e mucosa, cicatriz de sulco nasolabial na face, úlceras sífilíticas do véu do paladar, lesões ósseas, fronte olímpica,

nariz em sela, maxilar superior curto, palato alto, molares em forma de amora ou de Mozer, sinal de Higoumenakis, que é um alargamento da clavícula e dos dentes de Hutchinson. Além de manifestações neurológicas, que causam danos ao sistema nervoso central, onde ocorrem as disfunções dos nervos cranianos, meningite, convulsões, diminuição da audição, dificuldades no aprendizado, hidrocefalia, anormalidades oftalmológicas que podem ocasionar cegueira e retardo mental (AVELINO; PIMENTEL; FILHO, 2017; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019).

3.3.5 Diagnóstico

No Brasil, são realizados protocolos de triagem das gestantes durante o pré-natal, são estipulados exames desde o primeiro trimestre de gestação a fim de rastreamento e acompanhamento da doença. Os protocolos seguem desde o diagnóstico e adequação do tratamento da gestante, as evidências clínicas (sintomatologia), histórico de infecções passadas. Por ser uma doença que contém vários estágios e manifestações clínicas, é preciso ter conhecimento da evolução clínica e histórico do paciente, assim como quais foram os métodos de detecção da doença nos exames laboratoriais por antígeno e anticorpos, esses estabelecidos por meio de protocolos ministeriais que enfatizam o diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2016; BRASIL 2019; JANIER *et al.*, 2014; SINGH; ROMANOWSKI, 1999 apud AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Os exames para o diagnóstico de sífilis devem levar em consideração o estágio da doença (primária, secundária, latente ou terciária), a fim de ter uma potencialidade de diagnóstico fidedigno, no qual esses exames são divididos em diretos e testes imunológicos. Além disso, o diagnóstico de sífilis é recomendado pela Portaria nº 2012 de 19 de outubro de 2016. Os exames diretos são aqueles que buscam a detecção das espiroquetas e é realizado por amostras colhidas diretamente das lesões, utilizando a microscopia de campo escuro, essa que é uma maneira direta de verificar a presença do *Treponema pallidum* nos estágios iniciais, já que há uma grande circulação nesses estágios. Essa técnica possui muita sensibilidade assim como a técnica de imunofluorescência indireta (*Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption - FTA-Abs*), imunoensaio enzimático (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA*), exame de material corado e biópsias. (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020)

Testes que detectam a presença de anticorpos específicos produzidos contra antígenos do *Treponema pallidum* são chamados de testes treponêmicos (qualitativos), que são muito utilizados para o diagnóstico da sífilis, entretanto não são indicados para a monitorização da doença, como os testes para hemaglutinação (*Treponema Pallidum Haemagglutination Test -*

TPHA) e aglutinação de partículas (*Treponema pallidum Particle Agglutination Assay - TPPA*). Os testes rápidos podem ser realizados com amostras de sangue total por punção venosa, sendo prático e de fácil execução (BRASIL, 2016; JANIER *et al.*, 2014).

Por outro lado, os testes não treponêmicos detectam os anticorpos anticardioplipina, que não são específicos para os antígenos do *Treponema pallidum*, mas que são encontrados em pacientes com sífilis. Diferente dos testes treponêmicos, esses exames são expressões em floculações por meio da titulação, sendo importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento. Os testes mais utilizados são o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) o mais utilizado, porém, no Brasil, outros testes também são comumente utilizados, como o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) e o USR (*Unheated-Serum Reagin*) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2020).

Apesar de inúmeras metodologias de testes, ainda há casos de sífilis em gestantes que podem ser classificadas como assintomáticas com um único teste reativo e com ausência de tratamento prévio, e há também, casos de dois testes reativos independente de tratamento prévio, em gestantes sintomáticas a definição se dá em casos de um único teste reativo seja treponêmico ou não. Na SC, utiliza-se os dados clínicos da mãe, assim como as titulações para testes não treponêmicos em pelo menos duas diluições, e as amostras para comprovação microbiológica podem ser do tipo secreção nasal ou lesão cutânea.

A dificuldade de detecção da SC se dá pela transferência de anticorpos da classe IgG (treponêmicos e não treponêmicos), porque positivam para os testes sorológicos utilizados no diagnóstico da sífilis, que é realizado em base clínica e laboratorial. Os casos considerados SC, são aqueles em que todos os recém nascidos de mães que não tiveram tratamento ou tratadas inadequadamente, qualquer criança com VDRL positivo e alteração clínica, radiológica ou líquórica, exame VDRL maior ou igual a 4 vezes o título materno no parto, RN com evidência laboratorial em material retirado da lesão, placenta ou cordão umbilical, óbito fetal após 20 semanas ou peso superior a 500 gramas cuja mãe sífilítica realizou o tratamento corretamente ou se não houve tratamento; natimorto com sífilis (AVELINO; PIMENTEL; FILHO, 2017; BRASIL, 2017; BRASIL,2019; BRASIL, 2020; TAYRA *et al.*, 2007).

3.3.6 Tratamento

O tratamento mais utilizado para a sífilis é a penicilina, principalmente a classe benzilpenicilina benzatina, embora existam outros antibióticos no mercado. Em casos de

pacientes alérgicos, a alternativa de tratamento é o uso de doxiciclina 100 mg por via oral, e para gestantes e parceiros é utilizada a ceftriaxona 2g IV. A penicilina G benzatina pode ser utilizada em qualquer estágio da sífilis adquirida, portanto em casos de sífilis recente, é utilizada a penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), em caso de neurosífilis é utilizada a penicilina cristalina potássica 18-24 milhões UI, IM (BRASIL, 2020).

Em 2014, houve um desabastecimento mundial da penicilina, o que afetou drasticamente o tratamento da sífilis e influenciou no aumento da taxa de incidência da sífilis. Apesar de ser indicada para outras doenças, ela se destaca principalmente no tratamento da sífilis sendo a melhor escolha, além de seguro, é eficaz e de baixo custo. O Ministério da Saúde publicou em 2015 uma nota técnica em que recomendava um tratamento alternativo à benzilpenicilina no período de escassez, com exceção dos casos de SG e SC. No ano de 2016, a penicilina foi enviada para o Brasil e desde então foi implementado diversas estratégias nacionais de controle da sífilis no país, dentre essas, a centralização de compras e na distribuição de insumos para o diagnóstico e tratamento (ARAÚJO, 2019; BRASIL, 2015; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

O tratamento em gestantes deve ser realizado precocemente, inicialmente no primeiro trimestre, e a há maior eficácia quando ocorre até 30 dias antes do parto, se for realizado após a 14ª semana de gestação, se considera tratamento de feto potencialmente infectado intrauterino, se não for realizado precocemente, é necessário tratar o recém-nascido. E as doses da penicilina dependem dos estágios da doença (recente e tardia), entretanto a maioria das gestantes encontra-se assintomática e sem histórico clínico, e nessa situação é característico a fase latente que deve ser dividida em 3 aplicações semanais de 2,4 UI. IM (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Figura 3- Fluxograma de sífilis em gestante: conduta e seguimento durante o pré-natal.

Em relação às indicações para o tratamento da SC, todos os casos com diagnóstico confirmado ou provável de sífilis, neonatos com teste não treponêmico positivo ou com manifestações clínicas tanto laboratoriais ou radiológicas, aqueles assintomáticos cujo tratamento materno não foi realizado ou houve tratamento inadequado. A criança assintomática também recebe o tratamento quando as titulações maternas não caíram após o tratamento adequado durante a gestação se a mãe apresentar sinais de reinfecção ou se o acompanhamento da criança não puder ser garantido. Em casos de mãe com sífilis primária, no terceiro trimestre de gestação, é indicado que o recém-nascido receba tratamento também (GUINSBURG; SANTOS, 2010; BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, é recomendado que todos os recém-nascidos com infecção confirmada ou suspeita sejam tratados e acompanhados durante o tratamento. Para esses casos, a droga de primeira escolha é a penicilina cristalina ou penicilina procaína que pode ser usada se o LCR estiver normal, pois essa droga tem pouca penetração no LCR, e a penicilina benzatina é utilizada quando a infecção é suspeita (GUINSBURG; SANTOS, 2010; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Figura 4- Esquema terapêutico da sífilis.

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa ^a (exceto para gestantes)
<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução) • Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária. • Neurosífilis 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). • Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/ semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas^b. Dose total: 7,2 milhões UI, IM. • Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias. • Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias. • Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias.

Fonte: Coordenação Geral de Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST) “Fluxogramas de Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis”, Ministério da Saúde (2021).

3.3.7 Epidemiologia

A sífilis é um agravo de saúde pública tanto no mundo como no Brasil, já que possui uma taxa de incidência em ascensão nos últimos anos. Além de apresentar indicadores desfavoráveis quanto a sua notificação e controle, é uma doença que possui cura e tratamento de baixo custo, diagnóstico fácil e prevenção. Mas, apesar disso, ainda é necessário abordagens de políticas públicas, visto que representa um problema de saúde pública de grande importância na atualidade. As ações de combate a sífilis, seja ela adquirida, gestacional e congênita, é realizada pela vigilância epidemiológica que tem como estratégia a análise, monitoramento e interpretações do contexto epidemiológico local, conseguindo, assim, fornecer informações aos gestores de saúde a fim de planejar, avaliar as políticas e ações públicas em saúde (campanhas de prevenção) (BRASIL, 2020; COSTA *et al.*, 2016; TAYRA *et al.*, 2007).

Durantes os últimos cinco anos, o Brasil teve um aumento significativo dos números de casos de sífilis, isso deve-se ao aumento da cobertura de testagem, distribuição de testes rápidos, declínio do uso de preservativos femininos e masculinos, conscientização dos profissionais de saúde nas notificações de agravos, e a administração de saúde com falta de recursos de tratamento como a penicilina. Foram notificados, de 2010 a junho de 2020 no Brasil, 783.544 casos de sífilis adquirida, desses 22,2% eram na região sul, e em 2019 foram notificados 152.915 casos dos quais a região sul foi seguida de 35.554 casos notificados. Nos dados obtidos pelo Boletim Epidemiológico entre os estados com mais casos notificados a região norte lidera, seguido das regiões sudeste e sul (BRASIL, 2020; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; COSTA *et al.*, 2016; TAYRA *et al.*, 2007).

No ano de 2019, houve uma queda da taxa de detecção de sífilis adquirida de 74,2 casos por 100.000 habitantes e em 2020 caiu para 54,5 casos por 100.000 hab. Em comparação aos dois anos, houve uma redução de 26,6% na taxa de detecção de sífilis adquirida, 9,4% na taxa de incidência da SC e 0,9% na taxa de detecção em gestantes. Em 2020 e 2021, frente a pandemia de COVID-19 o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) adotou inúmeras medidas visando o seguimento das atividades de notificação à distância, assim como ações elaborados pela Coordenação Geral de

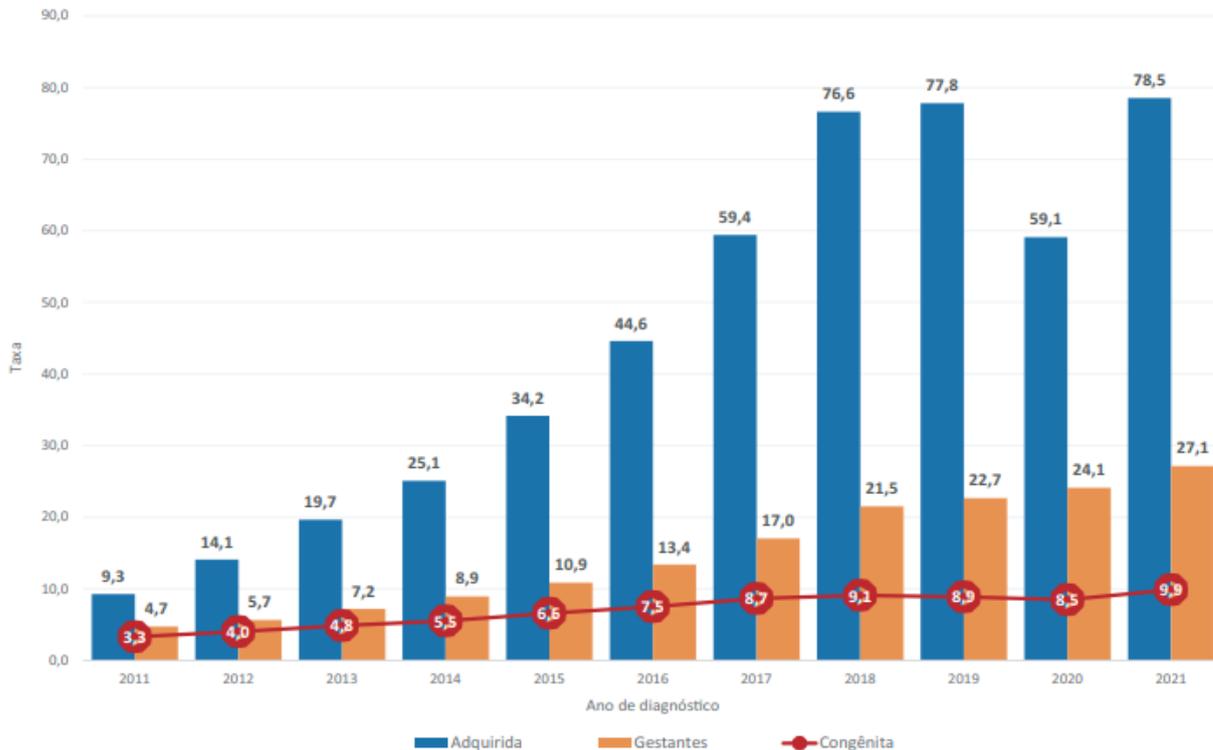
Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST), que distribuiu 300.000 unidades dos “Fluxogramas para Manejo Clínico das IST” (BRASIL, 2019; BRASIL,2020; BRASIL,2021).

A SG no período de 2020, teve uma taxa de detecção de 21,6 casos por 1.000 nascidos vivos, com uma redução de 0,9% no ano anterior. Essas taxas de detecção foram maiores na região sudeste de 25,9 por 1.000 nascidos vivos e no sul 23,3 por 1.000 nascidos vivos que foram superiores às taxas no Brasil. O número de casos de SG no ano de 2021 foi de 74.095, com uma taxa de detecção de 27,1 por 1.000 nascidos vivos com aumento de 12,5% a taxa no ano anterior, as maiores taxas de detecção são das regiões sudeste com 31,4 casos por 1.000 nascidos vivos e na região sul com 28,2 casos por 1.000 nascidos vivos, onde ambos foram superiores à taxa nacional (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021; BRASIL 2022; CARVALHO, 2022).

A SC no ano 2019 obteve 24.130 casos notificados em relação aos anos de 2020, foram notificados 22.065 casos, e em 2021 27.019 casos. A taxa de incidência dos anos de 2019 a 2021 foi respectivamente de 8,2 casos por 1.000 nascidos vivos, 7,7 casos por 1.000 nascidos vivos, e 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos. Em ambos os anos a região sudeste e sul manteve-se com a maior taxa de incidência, com respectivos valores 9,4 casos por 1.000 nascidos vivos e 8,3 casos por 1.000 nascidos vivos em 2019, 8,9 casos por 1.000 nascidos vivos e 7,7 casos por 1.000 nascidos vivos em 2020, e 11,2 casos por 1.000 nascidos vivos e 9,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2021 (BRASIL, 2019; BRASIL,2020; BRASIL, 2021).

Percebe-se que dos anos de 2011 a 2021 houve uma ascensão dos números de casos de sífilis, consequência das políticas públicas estabelecidas para o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, entretanto os casos de SC continuam com altos índices apesar do acompanhamento pré-natal das gestantes, ainda se percebe uma desigualdade no acesso à saúde, seja pelo diagnóstico, acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2022; CARVALHO,2022)

Figura 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2022- Boletim Epidemiológico da Sífilis 2022.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo e amostra

Foi realizado um estudo ecológico, que analisou a incidência do número de casos de SG e SC, no período de 2017 a 2021 em Santa Cruz do Sul, uma cidade localizada no Vale do Rio Pardo, na região central do Rio Grande do Sul. O município de Santa Cruz do Sul, foi um dos principais territórios da colonização alemã do estado. Atualmente possui uma área territorial de 733,898 km², e uma população estimada de 132.271 habitantes e é a quinta economia do Estado. Os dados coletados a partir dos dados notificados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na área correspondente ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na área do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Os estudos epidemiológicos têm como objetivo realizar uma análise da situação de doenças e seus determinantes, tanto no que diz respeito a sua frequência, distribuição espacial

e temporal, assim como busca correlacionar suas causas e efeitos a fim de conseguir mostrar para a sociedade como um todo onde estão os problemas e quais as possíveis alternativas para prevenir (ROUQUAYROL; SILVA, 2018).

Os estudos ecológicos são constituídos por analisar um grupo populacional a fim de correlacionar a exposição e doenças na coletividade, leva-se em conta as variáveis socioeconômicas e ambientais, como o nível de renda da população, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o nível de escolaridade e o percentual da população com acesso a saneamento básico. Esse tipo de estudo geralmente utiliza dados secundários, ou seja, registros de dados que são fornecidos por sistemas e informações oficiais, exemplo: banco de dados populacionais como o SINAN (FREIRE; PATTUSSI, 2018).

4.1.1 Critérios de inclusão

Os casos incluídos no estudo foram os dados secundários referentes à notificação no SINAN, de mulheres com SG, como também de recém-nascidos com SC. As notificações para o estudo correspondem aos casos registrados no período de 2017 a 2021 no município de Santa Cruz do Sul- RS.

4.1.2 Variáveis

As variáveis empregadas no presente estudo foram elaboradas com base aos dados que o DATASUS/SINAN disponibiliza, onde foi relacionado a incidência dos casos notificados, assim como a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico da SG e SC no município.

Todas as variáveis descritas como: as características sociodemográficas da sífilis gestacional em relação aos casos confirmados conforme raça, escolaridade e faixa etária, as características sociodemográficas da sífilis congênita em relação aos casos confirmados pela escolaridade da mãe, faixa etária e raça, e as características clínicas da sífilis gestacional em relação aos casos confirmados por classificação clínica, teste treponêmico e teste não treponêmico, e as características clínicas sífilis congênita em relação aos casos confirmados por estágio da sífilis materna, realização do pré-natal, classificação final, tratamento do parceiro, foram coletadas no SINAN para as frequências absolutas e relativas, e os dados sobre nascidos vivos no SINASC e mortalidade no SIM para a realização dos cálculos de incidência.

4.1.3 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes correspondem às gestantes que apresentaram SG, bem como as crianças com desfecho positivo para a SC que são identificados através de sorologias, as quais foram obtidas através da realização da gestante o teste rápido para sífilis e testes não treponêmicos, por exemplo o VDRL, com sorologia confirmada e/ou com sinais clínicos da doença em estudo.

4.1.4 Variáveis independentes

Entretanto, as variáveis independentes, são aquelas onde os fatores relacionados à ocorrência da transmissão vertical, processo diagnóstico da SG e SC; início do tratamento da gestante; tratamento do(s) parceiro(s), realização do pré-natal, faixa etária, raça/cor, e escolaridade da mulher gestante.

4.2 Procedimentos metodológicos

O presente estudo é uma pesquisa que tem como abordagem quantitativa epidemiológica, do tipo estudo ecológico que compreende os fatores associados à notificação de SG e SC, detectadas por meio dos dados notificados no DATASUS/SINAN. A abordagem metodológica deste estudo teve como objetivo aprofundar conhecimentos sobre as ações realizadas e relacionadas com o pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis, para a fins de controle das infecções sexualmente transmissíveis no contexto gestacional, assim como as notificações de SC como consequência de uma transmissão vertical.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram obtidos através do SINAN e foram tabulados em uma planilha do Excel e depois foram analisados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.23.0.

4.4 Processamento e análise de dados

Os dados foram coletados a partir do SINAN, sendo um sistema do Ministério da Saúde, que contém dados referentes às doenças e agravos à saúde de doenças de notificação compulsória. Coletar e analisar os dados do SINAN, permite a identificação de algum agravo, por exemplo, infecções sexualmente transmissíveis que causam um agravo dentro de um grupo

de pessoas (população), útil para expor o quanto a população pode ser afetada com tal agravo, é uma ferramenta que possibilita analisar a epidemiologias da país/região/ município.

Os dados que foram analisados são de domínio público e permitidos a todo e qualquer cidadão que deseje ter essa informação, portanto, a coleta foi totalmente nos casos notificados pelo sistema onde foi relacionado a incidência dos casos de SG e SC, assim como a caracterização do perfil sociodemográfico e clínicos nos casos notificados no município de Santa Cruz do Sul- RS.

Essas informações foram coletadas em planilhas Excel e a partir delas gerada a análise dos dados através do software de análises estatísticas *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS* versão 21 SPSS. Para o cálculo de taxa de incidência de sífilis em gestante, utilizou-se o número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de notificação e local de residência multiplicado por 1.000 dividido pelo número total de nascidos vivos, residentes no mesmo local, no mesmo ano de notificação. E para o cálculo da taxa de incidência em casos de SC, foi utilizado o número de casos novos de SC em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência multiplicado por 1.000 dividido pelo número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado.

Em seguida, foi realizado o teste do qui-quadrado de tendência, esse teste é usado para avaliar se houve uma tendência de decréscimo da incidência da doença (sífilis gestacional e congênita) no período estudado, adotando-se $p < 0,05$ como nível crítico, em outras palavras se o p-valor for menor que 0,05 quer dizer que há uma tendência estatisticamente significativa, que no caso é de decréscimo. Para descrever os dados socioeconômicos e clínicos, foram utilizadas tabelas contendo frequências absolutas e relativas.

4.5 Considerações éticas

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), por se tratar de um estudo que utilizou uso de dados secundários, foi dispensada a análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), já que nenhum indivíduo foi identificado e envolvido diretamente nesta pesquisa, visto que todos os dados necessários estão disponíveis em sistemas de forma pública que são alimentados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde, juntamente com os governos estaduais e municipais. Portanto, todos os

dados analisados são de domínio público e permitidos a todo e qualquer cidadão que os queira conhecer, desde que não infrinja a bioética em saúde (BRASIL, 2016).

4.5.1 Riscos e benefícios

Os riscos neste estudo podem despertar nas análises e resultados da pesquisa foram mínimos, visto que se trata de um estudo quantitativo que utilizou dados secundários oriundos do DATASUS. No que diz respeito aos benefícios da pesquisa, fomentar o campo de estudos e pesquisas sobre a análise epidemiológica dos fatores relacionados à sífilis gestacional e congênita relacionados às notificações do município de Santa Cruz do Sul.

4.7 Divulgação dos dados da pesquisa

Os dados foram apresentados ao trabalho de conclusão de curso e após avaliação da banca examinadora será submetido a Revista Cadernos de Saúde Coletiva da UFRJ intitulado como “Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em um município do Rio Grande do Sul”.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos e a discussão do estudo foram elaborados com base no modelo de artigo da Revista Cadernos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, classificada como Qualis B2, da página 31 a 46 da monografia, o artigo intitulado “Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em um município do Rio Grande do Sul”. As normas da revista estão descritas no ANEXO A, e foram adequadas após a defesa do trabalho.

6. CONCLUSÕES

Diante do estudo apresentado, podemos concluir que a SG e a SC são um problema de saúde pública no município, e que apesar da diminuição dos casos ainda deve-se ter uma atenção na saúde das gestantes, assim como, campanhas didáticas sobre a sífilis, com ênfase na gestacional. É necessário ter mais investimento na área da saúde pública, com a finalidade de conseguir organizar os serviços de notificação e rastreamento, ampliar o acesso da população ao pré-natal através do sistema de saúde com uma atenção integral qualificada. Conclui-se a partir dos dados do estudo a necessidade de futuros estudos, a fim de analisar os fatores que interferem nas possíveis variáveis para a diminuição dos casos de SG e o aumento dos casos de SC.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. L. M. B. et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376-378, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n3/0103-0582rpp-2018-36-3-00011.pdf>. Acesso em: 06 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, v. 49, n. 45, 48p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em 05 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, seção IV, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 27 de abr. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. ATENÇÃO A GESTANTE E À PUÉRPERA NO SUS-SP: Manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo, 2010. P. 96-107. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoi.pdf. Acesso em: 27 de abr. 2022.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. Serie 32. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 27 de abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 27 abr.2022.

BRASIL, 2019. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Ministério da Saúde, [s. l.], p. 248, 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57801/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1. Acesso em: 29 abr. 2022.

BENZAKEN, A. S., *et al.* Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 36, n. 1, p. e00057219, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/BNh7LK6D8rYVhVmhyNkhJ7J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 maio 2022.

BLENCOWE, H., *et al.* National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Reproductive Health*, [s. l.], v. 387, n. 2, p. 19, 2016. Disponível em: www.mcsprogram.org/maternalmortality:factsheet. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016. Acesso em: 28 abr. 2022.

DOMINGUES, R.; SARACENI, V.; LEAL, M.. Notificação da infecção pelo HIV em gestantes: estimativas a partir de um estudo nacional. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/CwHYMDN6k75KfRxNpSMkWZh/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

DUNCAN, B. B., *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bibicbs/livros-novos/duncanmedicina-ambulatorial> Acesso em: 27 de abr. 2022.

FERREIRA, A. G.; BARBOSA, V. F. J; MALECK, M. Comparação entre a incidência, nacional, estadual e do município de Vassouras, de sífilis congênita, nos últimos quinze anos. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 9, n. 1, p. 14-17, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/1248>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GOMES, C. B. et al. Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170544.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

GUIMARÃES, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq. Ciênc. Saúde, São José do Rio Preto*, v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1023>. Acesso em: 18 abr. 2022.

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. 1320, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665#>. Acesso em 24 abr. 2022.

NUNES, *et al.* Vista do Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

PEREIRA, J. L. dos S. *et al.* DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 47, 2021. DOI: 10.51161/rem/2188. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2188>. Acesso em: 25 abr. 2022.

PREVIATI, S. *et al.* A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **Journal of Health & Biological Sciences**, [s. l.], v. 7, n. 1 (Jan-Mar), p. 75–81, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2104>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SALOMÃO, R. Infectologia: Bases clínicas e tratamento / Reinaldo Salomão - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://reumatologiapr.com.br/wp-content/uploads/2018/02/INFECTOLOGIA-BASESCLINICAS-e-TRATAMENTO-2017.pdf>. Acesso em 10 maio 2022.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DE GOIÁS, 2019. Pré-Natal - Secretaria da Saúde. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pré-natal>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SERRUYA, S.; CECATTI, J.; LAGO, T. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 1281–1289, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/9nJfmGQRd3jYxMRNkHRJKpH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 maio 2022.

ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. G. R. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. *Public health reports*, v. 116, n. 4, p. 306-316, 2001. Disponível em: 6 maio 2022. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1093/phr/116.4.306>. Acesso em: 29 abr. 2022.

ANDRADE, A. L. M. B. et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376-378, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n3/0103-0582rpp-2018-36-3-00011.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

ANJOS, J. C. S. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 2, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

ARAUJO, R. S. A crise do desabastecimento da penicilina benzatina e o impacto na sífilis congênita: um estudo ecológico no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, s.n; 2019. Brasil: Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005771>. Acesso em: 26 maio 2022.

ARORA, N. et al. Origin of modern syphilis and emergence of a contemporary pandemic cluster. *Infection and Immunity*. The copyright holder for this preprint. *BioRxiv preprint first posted online*. A., v. 75, n. 12, p. 5859–66. 2016: Disponível em: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/051037v1.full.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022.

AVELINO, M. M.; PIMENTEL, A. M.; GUSMÃO-FILHO, F. A. R: Doenças sexualmente transmissíveis. In: 2017; BURNS, Dennis Alexander Rabelo, et al (organizadores.). *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*, ed. 4, Barueri, São Paulo: Manole, p. 1008-1009;1011; 2017.

AVELLEIRA J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. [online]. 2006, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

AZEVEDO, A. C. et al. Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 259-267, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414462X201700030214.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BECK, E. Q.; SOUZA, M. H. T. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. v. 10, n. especial, p. 19-24, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7596/6581>. Acesso em: 20 maio 2022.

BERGER, J. R.; DEAN, D. Neurosyphilis. In: *Handbook of clinical neurology*. Elsevier. v. 121, p. 1461-1472, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24365430/>. Acesso em: 23 maio 2022.

BLENCOWE, H. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*. v. 4, n. 2, p. 98-108, 2016. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214109X15002752?token=976F25359B2DA909CB675F4829CFFA16BBD8D9F59EB2FF692D74A1E6057BEE23B9E532F19EFA20CD41421609EB57C0F4>. Acesso em 29 maio 2022.

BONI, S. M; PAGLIARI, P. B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do Noroeste do Paraná. *Saúde e Pesquisa, Maringá*, v. 9, n. 3, p. 517-524, 2016. Disponível em: <https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/5530/2919>. Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes dos centros de testagem e aconselhamento – CTA: manual. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Diário Oficial da União; 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento em aids SI-CTA: manual de utilização. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/si_cta.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial [da] República.

Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_vsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília, DF, 2010. 100 p. (Série TELELAB). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_829_cta2010-01-web.pdf. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único e Saúde SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 26 jun 2011; Seção1: 109-111, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Diagnóstico da Sífilis*. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

Disponível em:

https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22192/mod_resource/content/2/S%C3%AADfilis%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Nota Informativa Nº 109/2015/GAB/SVS/MS. Orienta a respeito da priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento da sífilis*. 2015.

Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2015/notas_informativas/nota_informativa_109_assinada_pdf_20349.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - Sífilis*. Ano 4, n. 1, 2015. Brasília.

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/88>. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:
https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/03/manual_sifilis_10_2016_pdf_23637.pdf. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, n. 202, 20 out. 2016c. Disponível em:
http://www.lex.com.br/legis_27203693_PORTARIA_N_2012_DE_19_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx. Acesso em: 27 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa Nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS. Informa a respeito da importância e urgência na aquisição de penicilina cristalina (ou potássica), tendo em vista que tal medicamento é tratamento padrão para diversas doenças com relevante impacto em saúde pública. 2016d. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2016/notas_informativas/nota_informativa_no006_importancia_e_urgencia_na_a_82765.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL, RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. 2016. Disponível em
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 48, Nº 36, 44 p. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/BE-2017-038Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2017/outubro/16/Volume-Unico2017.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais: CONITEC. Relatório de Recomendação, 2017c. Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_PrevencaoTransmissaoVertical_HIV_Sifilis_HepatitesVirais_CP.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e

das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/gestores/diretrizes-para-organizacao-e-funcionamento-dos-cta-no-ambito-daprevencao-combinada>. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília, v. 49, n. 45, 48p, 2018. Disponível em: 104 <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em 08 jun. 2022.

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 do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/11/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2019. Número Especial | out. 2019, 44 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/11/boletim_sifilis_2019_internet.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2020. Número Especial | out. 2020a, 44p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2015/protocolo-clinico-ediretrizesterapeuticas-para-atencao-integral-pessoascom-infeccoes>. Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, v. 51, n. 20, 47p, 2020c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletimepidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em 08 jun. 2022.

BRITO, A. P. A.; KIMURAI, A. F. Transmissão vertical da sífilis: vivência materna durante a hospitalização para diagnóstico e tratamento de seu filho recém-nascido. **Revista Paulista de Enfermagem**. v. 29, n. (1-2-3), p. 68-76, 2018. Disponível em:

<http://repen.com.br/revista/wpcontent/uploads/2018/11/Transmiss%C3%A3o-vertical-da-s%C3%ADfilisviv%C3%A4ncia-materna-durante-a-hospitaliza%C3%A7%C3%A3o-paradiagn%C3%B3stico-e-tratamento-de-seu-filho-rec%C3%A9m-nascido.pdf>. Acesso em 19 maio 2022.

CABRAL, B. T. V. et al. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 3, n. 3, p. 32-44, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13145/9351>. Acesso em: 02 jun. 2022.

CABRAL, S. A. A. O. et al. Receios na Gestação de Alto Risco: Uma Análise da Percepção das Gestantes no Pré-Natal. ID on- line. **Revista de Psicologia**. v. 12, n. 40, p. 151-162, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Symara_Abrantes_Albuquerque_De_Oliveira_Cabral/publication/325495115_Receios_na_Gestacao_de_Alto_Risco_Uma_Analise_da_Percepcao_das_Gestantes_no_Pre-Natal/links/5da25d4d299bf116fea2135f/Receios-naGestacao-de-Alto-Risco-Uma-Analise-da-Percepcao-das-Gestantes-no-Pre-Natal.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

CAMPOS, M. L. et al. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**. v. 6, n. 3, p. 379-90, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde31741/bde-31741-596.pdf>. Acesso em 28 mar. 2022.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-74, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n2/563-574/pt>. Acesso em: 19 maio 2022.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviç os de Saúde**. Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-94, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v23n2/1679-4974ress-23-02-00287.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

CARVALHO, P. M. G. et al. Casos de sífilis congênita em uma maternidade pública no estado do Piauí. **Revista Interdisciplinar**. v. 8, n. 4, p. 82-92, 2015. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/653/pdf_265. Acesso em: 30 abr. 2022.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviç os de Saúde**. v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/22379622-ress-26-02-00255.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2022.

CHOUDHRI, Y. et al. Infecções sexualmente transmissíveis: sífilis infecciosa e congênita no Canadá, 2010-2015. **Relatório de doenç as transmissíveis do Canadá**, v. 44, n. 2, p. 43, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5864261/>. Acesso em: 08 maio 2022.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

COSTA, E. F. et al. A motivação do profissional de saúde no controle da sífilis em gestante na região de M'Boi Mirim. (Trabalho de conclusão de curso). Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento Escola Municipal de Saúde. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-12698/sms-12698-9510.pdf>. Acesso em 25 maio 2022.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais Desempenhadas por enfermeiros. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 145-53. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2012.

DIAS, J. M. G. et al. Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 28 abr. 2022.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/627-637/pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147–157, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2013.v47n1/147-157/pt>. Acesso em 25 abr. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-50766.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do Estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

FEITOSA, J. A. S., ROCHA, C. H. R., COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis Congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 2, p. 286-297, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6749/4573>. Acesso em: 19 maio 2022.

FERREIRA, L. J. M. Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA. 2013. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Médica) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9633/1/Ferreira%20Lino%20TM%202013.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

FERRARI, R. A. P. *et al.* Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Londrina, v. 67, n. 3, p. 354-359,

2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167reben-67-03-0354.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FERREIRA, L. J. M. Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA. 2013. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Médica) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9633/1/Ferreira%20Lino%20TM%202013.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

FERREIRA, A. G. et al. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 5, n. 1, art. 1, p. 3-27, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jassio_Pereira/publication/327588320_Perfil_dos_Casos_de_Sifilis_Congenita_no_Municipio_de_NatalRN_no_Periodo_de_2007_a_2015/links/5cdd7731458515712eaeaff9/Perfil-dos-Casos-de-Sifilis-Congenita-no109_Municipio-de-Natal-RN-no-Periodo-de-2007-a-2015.pdf. Acesso em: 28 maio 2022.

FERREIRA, A. G.; BARBOSA, V. F. J.; MALECK, M. Comparação entre a incidência, nacional, estadual e do município de Vassouras, de sífilis congênita, nos últimos quinze anos. **Revista de Saúde, Vassouras**, v. 9, n. 1, p. 14-17, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/1248>. Acesso em: 20 maio 2022.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00074519, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n3/e00074519/pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GALL, G. E. C.; LAUTENSCHLAGER, S.; BAGHERI, H. C. Quarantine as a public health measure against an emerging infectious disease: syphilis in Zurich at the dawn of the modern era (1496–1585). *GMS hygiene and infection control*, v. 11, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4899769/pdf/HIC-1113.pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.

GARCIA, F. L. B. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás. 2009. Dissertação (mestrado) - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp119330.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022.

GILBERTSON, A.; GELPI, A.; TUCKER, J. D. The impact of penicillin on sexual healthcare delivery systems in mid-20th century Britain. *Sex Transm Infect*, v. 91, n. 1, p. 70-71, 2015. Disponível em: <https://sti.bmj.com/content/sextrans/91/1/70.2.full.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

GOGARTEN, J. F. et al. Tools for opening new chapters in the book of *Treponema pallidum* evolutionary history. *Clinical Microbiology and Infection*. v. 22, n. 11, p. 916-921, 2016. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1198743X16302658?token=AD4BA75C1B8A7587D790ECE9FAF1FE23279DBEBB705F8156924969DC626B4646CEE7F9DC4C14BAB8E9388C98644E60F1>. Acesso em: 25 maio, 2022.

GOMES, C. B. et al. Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170544.pdf. Acesso em: 10 maio, 2022.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 38, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rge/v38n3/1983-1447-rge-1983-144720170320160063.pdf>. Acesso em: 28 maio, 2022.

GUANABARA, M. A. O. et al. Conhecimento e ações dos agentes comunitários de saúde para prevenção da sífilis congênita. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, Supl. 4, p.7995-8001, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10552/11472>. Acesso em: 20 maio, 2022.

GUERRERO, M.; LUCIANI, K. Sífilis congênita: características y calidad de atención en El Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. *Pediátr Panamá*. Colômbia, v. 8, n. 1, p. 5-11, 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1000413/pag-7.pdf>. Acesso em: 19 maio, 2022.

GUIMARÃES, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1023>. Acesso em: 26 abr., 2022.

GUINSBURG, R. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento científico. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

HEBMULLER, M. G. et al. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, 2015. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n9/2867-2878/pt>. Acesso em: 27 set. 2020.
HOOK, E. W. Syphilis. *Lancet*. V. 389, p. 1550–57, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32411-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32411-4/fulltext). Acesso em: 10 maio, 2022.

JANIER, M. et al. European guideline on the management of syphilis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, Oxford, v. 28, n. 12, p. 1581-1593, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.12734>. Acesso em: 22 abr. 2022.

KALININ, Y.; NETO, P. A.; PASSARELLI, C. H. D. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. *Odonto*, v. 23, n. 45-46, p. 65-76, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/235209254.pdf>. Acesso em: 15 maio, 2022.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. Robbins patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.19, n.1, p. 63-74, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>. Acesso em: 23 maio, 2022.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449566007>. Acesso em: 21 maio, 2022.

LEAL, T. L. S. L. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 8, p. e2936-e2936, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/2936/1664>. Acesso em: 15 jun. 2022.

LEITE, I. et al. Assistência da enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNITALAGOAS**, v. 3, n. 3, p. 165, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/3417/2019>. Acesso em: 10 abr. 2022.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. D. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 17, n. 2, p. 123-53. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a07.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

MACÊDO, V. C. et al. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n. 8, p. 1679-1692, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n8/1679-1692/>. Acesso em: 28 maio, 2022.

MACÊDO, V. C. et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2017.v51/78/pt>. Acesso em: 07 jun. 2022.

MACHADO, M. F. *et al.* Relationship between syphilis cases and family health strategy in northeastern Brazil. **Enfermería Global**, n. 20, v. 1, p. 305-340, 2021. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/436421/297541>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MACIEL, R. B. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis na cidade de Americana (SP) de 2005 a 2015. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 3, p. 161-168, 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/195119358.pdf>. Acesso em: 08 maio, 2022.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, DF, v. 22, supl. 1, p. 43-54, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf. Acesso em 24 maio, 2022.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro. v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>. Acesso em: 29 maio, 2022.

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. 1320, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665#>. Acesso em 26 maio, 2022.

MATTHES, A. C. S. *et al.* Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. *Pediatr Mod. São Paulo*, v. 48, n. 4, p. 149-54, abr. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/lil-663152>. Acesso em: 28 abr. 2022.

MELLO, V. S.; SANTOS, R. S. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 23, n. 5, p. 699-704, 2015. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17103/15621>. Acesso em: 29 maio, 2022.

MELO, E. A.; MENDONÇA, H. M.; TEIXEIRA, M. The economic crisis and primary health care in the SUS of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 24, v. 12, p. 4593-4598, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/14138123-csc-24-12-4593.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MENDES, E. V. A. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A115 CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 30 maio, 2022.

MENEGAZZO, L. S.; TOLDO, M. K. S.; SOUTO, A. S.. A recrudescência da sífilis congênita. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. v. 47, n. 1, p. 2-10, 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/165/221>. Acesso em: 29 maio, 2022.

MORAES, A. L.; ARAÚJO, N. G. P.; BRAGA, T. DE L. Automedicação: revisando a literatura sobre a resistência bacteriana aos antibióticos. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**. v. 5, n. 1, p. 122-132, 2016. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2234/1059>. Acesso em: 24 maio, 2022.

MOREIRA, K. F. A. *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 01-10, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf>. Acesso em: 23 maio, 2022.

MOREIRA, E. G. A. Sífilis durante a gestação e sífilis congênita em Betim e na unidade básica de campos Elíseos: uma proposta de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento adequado. 56 f. 2018. (Trabalho de Conclusão de Curso) Apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/EDUARDO-GUIMARAESARAUJO-MOREIRA.pdf>. Acesso em: 10 maio, 2022.

MOTTA, I. A. et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, n. 28, 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/dec8/76d93caff85aa61329137aff2d6d22b2cf63.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2022.

MURICY, C. L.; PINTO JÚNIOR, V. L. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. v. 48, n. 2, p. 216-219, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v48n2/0037-8682-rsbmt-4802-00216.pdf>. Acesso em: 27 maio 2022.

MUSHER, D. M. Editorial commentary: polymerase chain reaction for the tpp47 gene: a new test for neurosyphilis. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. v. 63, n. 9, p. 1187-1188, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27585980/>. Acesso em: 25 maio 2022.

NASCIMENTO, L. F. A. Atenção Farmacêutica na Sífilis. (Trabalho de Conclusão de Curso) 48f. 2018. Apresentado à Faculdade de Farmácia, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.ufjf.br/farmacia/files/2015/04/TCC-LuisFelipe-de-Ara%C3%BAjo-Nascimento.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2022.

NASCIMENTO, J. S. et al. Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: contribuições da Rede Cegonha. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Silva319/publication/337319694_Assistencia_a_Mulher_no_PreNatal_Partido_e_Nascimento_Contribuicoes_da_Nete_Cegonha/links/5ed392e7299bf1c67d2cc95e/Assistencia-a-Mulher-no-Pre-Natal-Partido-e-Nascimento-Contribuicoes-da-Rede-Cegonha.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2018. Disponível em: [http://www.rn.gov.br/SMS-PMS-2018-2021%20\(5\).pdf](http://www.rn.gov.br/SMS-PMS-2018-2021%20(5).pdf). Acesso em: 30 abr. 2022.

NETO, B. G. et al. A sífilis no século XVI - o impacto de uma nova doença. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 16, n.3, p. 127-129, 2009. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

NEWMAN L. et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLOS Medicine*. [Internet], v. 10, n. 2, 2017. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001396>. Acesso em: 25 maio 2022.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n4/681-694/pt>. Acesso em: 21 maio 2022.

NOVAES, E. S. et al. Perfil Obstétrico de Usuárias do Sistema Único de Saúde Após a Implantação do Rede Mãe Paranaense. *Ciência, Cuidado e Saúde*. v. 14, n. 4, p. 14361444, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27343/16487>. Acesso em: 27 maio 2022.

NUNES, J. T. et al. Sífilis na gestação: perspectiva e condutas do enfermeiro. **Revista enfermagem - UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4875-84, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23573/25297>. Acesso em: 20 abr. 2022.

NUNES, P. S. et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saude*, v. 27, n. 4, p. e2018127, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S223796222018000400313&lng=pt&nrm=ISO. Acesso em: 16 maio 2022.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/387534/> Acesso em: 08 maio 2022.

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, p: e3019, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

PAHO. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34072/9789275119556eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 30 abr. 2022.

PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. v. 12, n. 3, p. 17073, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022569/>. Acesso em: 25 out. 2020

REGEZI, J.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 7. ed. Rio de Janeiro. Elsevier Brasil, 2017. PINTO JUNIOR, E. P. et al. Primary care-sensitive hospitalization conditions in children under the age of 1 in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 28832890, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n7/28832890/en/> Acesso em: 15 maio 2022.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria Estadual de Saúde Pública. Boletim Epidemiológico Sífilis do Rio Grande do Norte. Junho, 2020, 29p. Acesso em: 26 mar. 2022.

ROCHA, R. P.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Tendência histórico - epidemiológica da sífilis congênita no Estado de Santa Catarina no período 2007-2016. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Florianópolis, v. 47, n. 4, p. 39-52, 2018. Disponível em:

<https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/4316/TCCREnataVersaoFINALRevistaArtigoSifilis.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 30 mar. 2022.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*. Recife, v. 10, n. 4, p. 1247-55, 2016. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Jose_Mourao_Netto2/publication/316716885_AT119_UACAO_DE_ENFERMEIROS_NO_ACOMPANHAMENTO_DA_SIFILIS_NA_ATE_NCAO_PRIMARIA_PRACTICE_OF_NURSES_IN_THE_MONITORING_OF_SYPHILIS_IN_PRIMARY_CARE_ARTIGO_ORIGINAL/links/590f25954585159781873795/ATUACAO-DE-ENFERMEIROS-NO-ACOMPANHAMENTO-DA-SIFILIS-NAATENCAO-PRIMARIA-PRACTICE-OF-NURSES-IN-THE-MONITORING-OF-SYPHILIS-IN-PRIMARY-CARE-ARTIGO-ORIGINAL.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

RODRIGUES, D. C.; DOMINGUES, R. M. S. M. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *The International journal of health planning and management*, v. 33, n. 2, p. 329-344, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.2463> Acesso em: 16 abr. 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. Rouquayrol: epidemiologia & saúde. In: *Rouquayrol: epidemiologia & saúde*. 8 ed. Rio de Janeiro. Medbook. p. 719 p-719 p, 2018

SALOMÃO, R. *Infectologia: Bases clínicas e tratamento / Reinaldo Salomão - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017*. Disponível em: <https://reumatologiapr.com.br/wp-content/uploads/2018/02/INFECTOLOGIA-BASESCLINICAS-e-TRATAMENTO-2017.pdf>. Acesso em 10 maio 2022.

SANDES, M. F. et al. Análise epidemiológica por sífilis congênita em menores de um ano no estado de Sergipe. *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1609-1615, 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1409>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SANTOS, A. M. G. Prevalência de sífilis latente e fatores associados em indivíduos vivendo com HIV/AIDS em um hospital terciário em Recife. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/28400/1/DISSERTA%20c3%87%20c3%83O%20Alex%20Maur%20Garcia%20Santos.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

SANTOS, R. R. et al. Diagnostic and therapeutic knowledge and practices in the management of congenital syphilis by pediatricians in public maternity hospitals in Brazil. *International Journal of Health Services*, v. 49, n. 2, p. 322-342, 2019. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020731417722088>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SARACENI, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v. 5, n. 3, p. 263-273. 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a02v5n3.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington, v. 41, p. e44, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt>. Acesso em: 21 maio 2022.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 28, n. 3, p.490-496, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/09.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022

SHIMELIS, T. et al. Syphilis among people with HIV infection in southern Ethiopia: seroprevalence and risk factors. *BMC infectious diseases*, London, v. 15, n. 1, p. 189, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4406018/pdf/12879_2015_Article_919.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

SIGNOR, M. et al. Spatial distribution and characterization of cases of congenital syphilis. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**. v. 12, n. 2, p. 398-406, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230522/27843>. Acesso em: 09 jun. 2022.

SILVA, A. C.; ALMEIDA, F. L. V.; SOUSA, V. F. Tratamento da Sífilis, FUG. Trindade, Goiás, 2011. SILVA, H. C. G.; SOUSA, T. O.; SAKAE, T. M. Incidência de sífilis congênita no Estado de Santa Catarina no ano de 2012. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. v. 46, n. 2, p. 15-25, 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/265/152>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SIQUEIRA, D. D. et al. Sentimentos e conhecimentos de puérperas em face da sífilis congênita neonatal. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 3, p. 56-61, 2017. Disponível em: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:VzOY6k8GY3QJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5 Acesso em: 15 maio 2022.

SILVEIRA, B. S. P.; CERQUEIRA-ADÃO, S. A. R. Terceiro setor, políticas públicas e o combate às infecções sexualmente transmissíveis-IST: um estudo de caso. 2018. Disponível em: <https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/3568/1/Brendon%20Styuart%20Pinto%20Silveira%20-%202018.pdf>. Acesso em 27 maio 2022.

SONDA, E. C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/228508345.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022.

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, 2018. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/101/113>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SOUZA, B. S. O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. L. Análise epidemiológica de casos notificados de Sífilis. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. v.16, n.2, p.94-8, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913366/16294-98.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

SOUSA, F. C. A. et al. Perfil da Sífilis na Gestação no Período de 2007/2016 em Caxias-MA. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, 2020. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/403/600>. Acesso em: 15 maio 2022.

SUTO, C. S. S. et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem Atenção Saúde**. v. 5, n. 2, p. 18-33, 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1544/pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

TANNOUS, L. S. D. et al. Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis congênita na região de Catanduva-SP. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva, v. 11, n. 2, p. 187-192, 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/187.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.

TAYRA, A. et al. Duas décadas de vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: A propósito das definições de caso. Brasil. 2007. DST-J Brás Doenças Sex Transm. v. 19, n. 3-4, p. 111-119, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/1.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

TEXEIRA, L. O. et al. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 8, p. 2587-2597, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n8/2587-2597/pt>. Acesso em: 28 maio 2022.

TUDDENHAM, S.; GHANEM, K. G. Emerging trends and persistent challenges in the management of adult syphilis. *BMC infectious diseases*, London, v. 15, n. 1, p. 351, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545322/pdf/12879_2015_Article_1028.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

TUDDENHAM, S.; GHANEM, K. G. Neurosyphilis: Knowledge Gaps and Controversies. *Sexually transmitted diseases*, v. 45, n. 3, p. 147-151, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5808573/pdf/nihms903252.pdf>. Acesso em 25 maio 2022.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, p.85-92, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409/5216>. Acesso em: 27 out. 2020

WHO. World Health Organization. Preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255866/1/WHOHIV2017.09eng.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

8. ANEXOS

Anexo A- Normas para submissão na Revista Cadernos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Sobre o periódico

Cadernos de Saúde Coletiva, ISSN 1414-462X, é editado, trimestralmente pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e publica trabalhos considerados inéditos e relevantes para a área da saúde pública.

O título abreviado do periódico é Cad. Saude Colet., que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

Política de Acesso Livre

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

Fontes de indexação

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Rede Ad.Saúde - Faculdade de Saúde Pública da USP

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

Produção editorial

Revisão, Composição e Arte Final
Editora Cubo

Instruções aos autores

Escopo e política

Os Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.

Conflito de interesses: Todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.

Questões éticas: Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.

Autoria: Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no Documento de responsabilidade pela autoria.

Processo de julgamento: Os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.

Pré-análise: a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares: os artigos selecionados na pré-análise são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A revista adota softwares livres para identificação de plágio.

Forma e preparação de manuscritos

São aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês, para as seguintes seções:

Tipo de manuscrito	Palavras*	Tabelas e figuras	Resumo
Artigos originais **	4.000	5	Estruturado, até 200 palavras
Revisões sistemáticas ou de escopo	4.500	5	Estruturado, até 200 palavras
Debate	6.000	8	Não estruturado, até 200 palavras
Artigos originais (Estudos qualitativos)	4.000	5	Não estruturado, até 200 palavras
Comunicação breve	2.000	2	Estruturado, até 200 palavras

Observação: A revista não aceita revisões narrativas ou integrativas.

* O número máximo de palavras não inclui o resumo, as tabelas e/ou figuras e referências.

**Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
 ClinicalTrials.gov
 International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
 Nederlands Trial Register (NTR)
 UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
 WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Documentos necessários:

A folha de rosto deve conter:

- Título do trabalho na língua original e em inglês e, no caso de o artigo original ser em inglês, título também em português (até 50 palavras)
- Título resumido (até 50 caracteres)
- Nome dos autores
- ORCID dos autores
- Titulação dos autores
- Vínculo institucional dos autores
- E-mail do autor correspondente
- Endereço completo do autor correspondente
- Agradecimentos. Pessoas ou Instituições que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria (opcional).

Resumo

O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho (até 200 palavras).

Para as seções aplicáveis, o resumo deve ser estruturado em Introdução, Objetivo, Método, Resultados e Conclusão.

Todos os artigos submetidos em Português ou Espanhol deverão ter resumo na língua principal e sua tradução em Inglês (Abstract). No caso de artigo submetido em Inglês, o resumo deve ser apresentado também em Português.

Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Documento de responsabilidade de autoria

É necessário o envio, no ato da submissão, do documento de responsabilidade de autoria, assinado por cada um dos autores. Documento de responsabilidade de autoria ([link aqui](#))

Documento principal

O documento principal não pode conter identificação dos autores.

Deve-se iniciar o documento principal com o título do artigo, Resumo e Abstract, e palavras chave, nos dois idiomas. Em seguida, o texto do manuscrito, dividido em subitens.

Ilustrações: O número máximo de ilustrações deve seguir a tabela informada acima. Em caso de exceções do número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.), estas deverão ser justificadas por escrito, em anexo à folha de rosto).

Tabelas: As tabelas devem ser apresentadas no corpo do texto, no local em que devem ser inseridas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ter título breve, com local e ano dos dados apresentados ano final do título.

Cabe ressaltar que a tabela deve ser autoexplicativa, evitando, desta forma, abreviações. As abreviações que forem necessárias, assim como outras notas explicativas, devem estar descritas na nota de rodapé da tabela, mesmo que já tenham sido citadas no texto.

Figuras: As fotografias, desenhos, gráficos, mapas etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi..

Equações: As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Referências:A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

Submissão de manuscritos

O sistema que a revista utiliza para submissão dos artigos é o ScholarOne, que pode ser acessado pelo site <https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>. Os autores deverão se cadastrar no sistema da revista para a submissão de manuscritos, que deverão ser enviados online. O acompanhamento do andamento dos manuscritos também deve ser feito por meio do sistema. Os contatos necessários com o autor serão realizados por e-mail.

Informações gerais

O periódico Cadernos Saúde Coletiva não cobra taxas para submissão e avaliação de artigos. A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

O endereço eletrônico da revista é: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/>. Dúvidas e comunicações deverão ser feitas pelo e-mail: cadernos@iesc.ufrj.br