

CENTRO UNIVERSITARIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE
ANÀPOLIS-GO NO PERÍODO DE 2011 a 2016**

AMANDA RODRIGUES DIAS

Anápolis-GO
2018

AMANDA RODRIGUES DIAS

**INCIDÊNCIA DE SIFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE
ANAPÓLIS-GO NO PERÍODO DE 2011 A 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, como requisito básico para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Esp. Angélica Lima Brandão Simões

Coorientadora: Prof.^aMs. Marcela de Andrade Silvestre

Anápolis,

2018

AMANDA RODRIGUES DIAS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO
DEANÁPOLIS NO PERÍODO DE 2011 A 2016**

Monografia apresentada e defendida em 22 de Junho de 2018. Sendo a
banca examinadora composta por:

Prof^a. Ms. Marcela de Andrade Silvestre
Coorientadora

Dr^a Constanza Thaíse Xavier Silva
Avaliadora

Anápolis, 22 de Junho de 2018.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente a Deus e a todas aquelas pessoas que tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido, através do seu apoio e incentivo.

Assim, agradeço aos meus professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, em especial as minhas orientadoras, Angélica Lima Brandão Simões e Marcela de Andrade Silvestre por todo o apoio, recursos e conselhos dados.

Agradeço a instituição por ter me dado a chance e todas as ferramentas que me permitiram chegar ao final deste ciclo de maneira satisfatória.

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo.”

Walter S. Landor

Lista de Siglas e Abreviaturas

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAGE	Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis em Gestantes
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
T.PALLIDUM	Treponema Pallidum
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

Lista de Figuras

Figura 1: Estrutura da bactéria <i>Treponema pallidum</i>	5
Figura 2: Sífilis primária: ferida na região íntima do homem e no local de origem da transmissão da bactéria.....	8
Figura 3: Sífilis secundária: feridas arredondadas em regiões palmares e plantares.....	9

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Prevalência dos casos de Sífilis no município de Anápolis GO de 2011 a 2016.....	11
Gráfico 2: Distribuição da adequação do Esquema de Tratamento de Sífilis em gestantes.....	14
Gráfico 3: Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico.....	16

Lista de Tabelas

Tabela 1: Esquema de tratamento sífilis em gestantes.....07

Tabela 2: Casos de gestantes com Sífilis segundo escolaridade, faixa etária, idade gestacional e raça de 2011 à 2016 no município de Anápolis GO.....13

Tabela 3: Classificação clínica sífilis adquirida em gestantes nos anos de 2011 à 2016.....14

Tabela 4: Casos de gestantes com Sífilis congênita segundo diagnóstico final, escolaridade da mãe, faixa etária da mãe15

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
2.1 OBJETIVO GERAL	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
3 REFERENCIAL TEÒRICO	Erro! Indicador não definido.
3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A SÍFILIS.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	6
3.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS.....	8
3.4 SÍFILIS CONGÊNITA	Erro! Indicador não definido.
3.5 ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE AO TRATAMENTO	Erro! Indicador não definido.
3.6 PAPEL DO ENFERMEIRO.....	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
5 RESULTADOS	15
6 DISCUSSÃO	20
8 REFERÊNCIAS.....	23

RESUMO

O presente estudo analisou casos de sífilis em gestantes no município de Anápolis, no período de 2011 a 2016. Sendo a Sífilis uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, na qual pode apresentar manifestações clínicas e diferentes estágios. No Brasil no período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no SINAN, um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, sendo que nos últimos 11 anos, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil por sífilis passou de 2,4/100 mil nascidos vivos em 2005 para 7,4 /100 mil nascidos vivos em 2015. Utilizou-se estatística descritiva com frequência absoluta e relativa do número total de casos. Dados extraídos e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O estudo teve como objetivos estimar a incidência e o impacto aos fatores associados à sífilis em Gestantes, fatores este quanto a faixa etária, a sua classificação, tratamento do parceiro e descrever os casos de sífilis congênita. A sífilis mostrou ser um indicador de vulnerabilidade, destacando a deficiência da qualidade da atenção pré-natal, persistindo a transmissão vertical.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Gestantes.

ABSTRACT

The present study analyzed cases of syphilis in pregnant women in the municipality of Anápolis, from 2011 to 2016. Syphilis being a curable Sexually Transmitted Infection (STI) of the human being, caused by the bacterium *Treponema pallidum*, in which it may present clinical manifestations and different stages. In Brazil, from 2005 to June 2016, a total of 169,546 cases of syphilis in pregnant women were reported in SINAN. In the last 11 years, in Brazil, the infant mortality rate from syphilis increased from 2.4 / 100 thousand live births in 2005 to 7.4 / 100 thousand live births in 2015. Descriptive statistics were used with absolute and relative frequency of the total number of cases. Data extracted and made available by the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The aim of the study was to estimate the incidence and impact of factors associated with syphilis in pregnant women, factors such as their age, their classification, treatment of the partner and to describe the cases of congenital syphilis. Syphilis has been shown to be an indicator of vulnerability, highlighting the deficiency of prenatal care quality, with vertical transmission persisting.

Keywords: Syphilis; Pregnant women; Congenital syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença de distribuição mundial de confinamento intertropical, onde já adquiriu características epidêmicas por volta do ano de 1.500. É uma doença infecciosa, sistêmica de evolução crônica, que ocupa uma importância significativa para a saúde pública mundial. A sua rápida disseminação e seu total desconhecimento inicial acarretaram em medidas de estudo, introduzindo técnicas e desenvolvimento de testes para a confirmação da doença (BRASIL, 2010).

Sendo considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta patogênica microaerofílica, que pertence à ordem Spirochaetales da família Treponemataceae, e sua infecção pode apresentar diferentes estágios (primária, secundária, latente e terciária) e manifestações clínicas (BRASIL, 2016).

A doença pode ser classificada por sua complexidade e de acordo com sua via de transmissão, nesse caso, em sífilis adquirida e sífilis congênita. A disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* na gestante infectada não-tratada ou tratada inadequadamente para o seu conceito, por via transplacentária, caracteriza a sífilis congênita. Sendo que, mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida, por isso se faz importante o exame de VDRL no primeiro e terceiro trimestre de gestação (MAGALHÃES et al., 2013).

No Brasil, através da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 realiza a notificação compulsória de gestante com sífilis em todo o território nacional. Na última década observou-se no Brasil um aumento de notificações em gestantes com o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e dos testes rápidos. Neste contexto, a portaria nº 570 de 1º de junho de 2000 traz as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal, sendo na primeira consulta solicitado o teste da mamãe no qual adentra-se o exame VDRL e realizado novamente a partir do terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2016).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2016 da Sífilis, entre os anos de 2014 e 2015 a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a sífilis em gestantes 20,9% e congênita de 19%. No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2016).

Após o diagnóstico, o tratamento da sífilis é orientado pelo estágio clínico da doença, não diferenciando durante o período gestacional e não gestacional, sendo recomendado o uso da Penicilina Benzatina, que atua na gestante, no feto e previne a transmissão fetal. Esta droga é capaz de atravessar a barreira placentária e manter uma concentração sérica maior que a da reprodução do *T. Pallidum* (BRASIL, 2016).

Com a insuficiência de ações preventivas e ao tratamento, a doença acaba ganhando força e piora quando o parceiro não trata a doença concomitante com a gestante, causando a reinfecção da mesma. A assistência a essa população e o pré-natal deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido e, todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada às suas necessidades conforme recomenda a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (BRASIL, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) computa mais de 1 milhão de casos de IST por dia no mundo, em especial, a sífilis na gestação leva a mais de 300 mil mortes neonatais e fetais em todo o mundo (BRASIL, 2016).

Considerando o contexto e as complexidades desse assunto entenderam a importância de identificar a incidência da sífilis em Gestantes no município de Anápolis no período de 2011 a 2016, enfatizando a real situação do município, evidenciando os estágios de maior prevalência, a adesão ao tratamento e a principal faixa etária acometida. Assim, em posse desse perfil é possível traçar estratégias e ações à grupos focais que possam impactar aumentando a prevenção e diminuindo a incidência de sífilis adquirida e sífilis congênita no município de Anápolis-GO.

Acreditamos que através destes indicadores de saúde que refletem o quadro real das condições de saúde da população, pode-se levantar a prevalência, incidência e caracterizar as situações do agravo descrito no município de Anápolis. Sabendo da problemática vivenciada no Brasil desde

2011 até os dias atuais, com a limitação e controle na dispensação do medicamento para tratamento da Sífilis, questiona-se: Qual a incidência da infecção por sífilis em gestantes no período de 2011 a 2016 no município de Anápolis?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a incidência e o impacto aos fatores associados à sífilis em Gestantes no município de Anápolis no ano de 2011 a 2016.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a incidência da sífilis em gestantes no município de Anápolis, Goiás;
- Descrever os casos de sífilis adquirida quanto a faixa etária da de gestantes acometidas bem como a sua classificação por complexidade;
- Identificar e descrever a ocorrência de tratamento do parceiro para a condição sífilis adquirida;
- Descrever e identificar o esquema de tratamento segundo a classificação clínica da condição de sífilis adquirida;
- Reconhecer e descrever os casos de sífilis congênita.

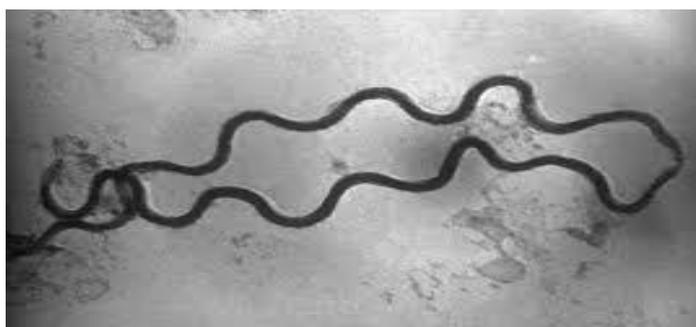
3 REFERENCIAL TEÒRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A SÍFILIS

Existem várias teorias difundidas sobre a Sífilis, uma delas citada por Hipócrates 600 a.c., e a outra já era conhecida no Velho Mundo e pode ter sido confundida com a lepra no séc. XVI. Já a teoria do Novo Mundo, sendo a mais plausível, sustenta que esta doença endêmica nas Américas teria sido introduzida há Europa pelos marinheiros de Colombo. A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa final do século XV, até então a doença era desconhecida (BRASIL, 2010).

No começo do século XX, Shaudin descobriu que a sífilis era causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espécie de bactérias gram-negativas com forma espiral do grupo das espiroquetase Wassermann desenvolveu um teste para detectar a infecção da mesma no organismo (BRASIL, 2010). Em 1910, Paul Ehrlich, anunciou o sucesso de um novo medicamento contra a sífilis, O novo antídoto contra a epidemia popular se chamava Salvarsan (GERALDES, 2011).

Fig. 1- Estrutura da bactéria *Treponema pallidum*.



Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

A partir dos anos de 1980/1990, o aumento dos casos de sífilis, até então uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) foi assustador, especialmente por ser uma doença infectocontagiosa sistêmica que acomete todo o organismo e, se não tratada precocemente pode levar à morte (BRASIL, 2010).

O serviço de saúde pública dos Estados Unidos da América realizou uma pesquisa cujo projeto nunca foi divulgado, no qual envolveram 600 homens negros, sendo 399 com sífilis e 201 sem a patologia, no estado do Alabama. O objetivo do Estudo Tuskegee, nome do centro de saúde onde foi realizado, era observar a evolução da doença, livre de tratamento. JONES, 1993 definiu o Estudo de Tuskegee como:

“O Estudo de Tuskegee não tinha relação com tratamento. Não foram testadas novas drogas, nem foi feito qualquer esforço para estabelecer a eficácia das velhas formas de tratamento. Foi uma experiência não terapêutica com o objetivo de compilar dados sobre os efeitos da evolução espontânea da sífilis em homens negros. O grau dos riscos tomados com as vidas dos sujeitos envolvidos torna-se mais claro quando alguns fatos básicos da doença são conhecidos.” (JONES, 1993)

A partir da década de 50, já havia terapêutica para o tratamento da sífilis, no entanto, todos os envolvidos no estudo, foram mantidos sem tratamento. Ao término do estudo, apenas 74 dos pacientes da que participavam da experiência estavam vivos; 25 tinham morrido diretamente de sífilis; 100 morreram de complicações relacionadas com a doença; 40 das esposas dos pacientes tinham sido infectadas; e 19 das suas crianças tinham nascido com sífilis congênita (SARACENI, 2005).

A sífilis sendo uma doença de evolução crônica e abrangência mundial apresenta um período de incubação entre 10 e 90 dias e sua transmissão ocorre principalmente pela via sexual e vertical, mas também, por contato com as lesões e transfusões sanguínea na fase inicial da doença. A doença se divide em 4 estágios: Primária, Secundária, Terciária e Latente (CARVALHO; BRITO, 2014).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Uma vez que a infecção pelo *Treponema* não confere a imunidade permanente, as provas sorológicas são importantes para a definição da fase clínica durante a evolução da sífilis (MAGALHÃES, 2013).

Através da Rede Cegonha instituída em 2011, por meio da portaria nº 1.459 de 2011, que tem como base os princípios do SUSna assistência pré-natal, contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis em

gestante no país, grande marco para a saúde pública brasileira (BRASIL, 2011).

De janeiro de 2005 a junho de 2016, foram notificados 169.546 casos de sífilis em gestantes. Com relação à sífilis congênita em bebês, em 2015, foi notificado 19.228 casos da doença, uma taxa de incidência de 6,5 por 1.000 nascidos vivos. Em 2015 no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos, sendo 32,8% das gestantes com sífilis diagnosticadas no 3º trimestre de gestação, a maioria dos casos notificados foram classificados como primária (31,6%), latente (23,6%), terciária (10,7%) e secundária (5,8%). No Centro-Oeste no ano de 2013 teve um aumento significativo da detecção em gestantes, passando de 8.74 casos para 10.76 casos no ano de 2014. No município de Anápolis-GO, teve um aumento gradual de detecção em gestantes passando de 7.32 casos no ano de 2012 para 12.66 casos no ano de 2013, e um decréscimo no ano de 2014 para 2015, passando de 11.34 casos para 8.54 casos (BRASIL, 2017).

O fator principal pela elevação da incidência da sífilis congênita no mundo é a assistência pré-natal inadequada, dentre outros determinantes e condicionantes de saúde, como a pobreza, infecção pelo HIV, uso de drogas, parceiro não tratado concomitante com a gestante e a falta do medicamento nas redes de atenção (MAGALHÃES, 2013).

Em 2014, foi vivenciado no Brasil, assim como em outros países, o desabastecimento de penicilina benzatina, devido à falta mundial de matéria-prima. A penicilina é um antibiótico preconizado para tratar doenças consideradas relevantes em questão de saúde pública. Ressalta-se a Penicilina Benzatina G, efetiva no tratamento das gestantes portadoras da Sífilis. As indicações para tratamento com Penicilina B., tem como base o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), sendo recomendado para Gestantes com VDRL positivo para Sífilis (BRASIL, 2015)

3.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS

A fase primária tem início, normalmente, após 21 dias da infecção. Nesta fase, ocorre o aparecimento de úlceras, denominadas de cancro, indolor, que pode durar de 2 a 5 semanas. Geralmente aparece na genitália externa, mas também pode aparecer em locais menos comuns como ânus, vagina, faringe ou boca. O cancro, mesmo quando não tratado, desaparece após 3 a 6 semanas (CARVALHO, 2014).

Fig. 2 - Sífilis primária: ferida na região íntima do homem e no local de origem da transmissão da bactéria.



Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

A fase secundária é quando ocorre a disseminação dos treponemas e começam a surgir sintomas sistêmicos, marcada pelo aparecimento de manchas cutâneas por todo o corpo, principalmente na região palmar e plantar das mãos e dos pés, associada por febre e dores musculares. Essa fase tem a mesma duração da primária; porém, é seguida de um período de latência com duração de anos, caracterizado pela inexistência de sinais e sintomas (ARAUJO, 2012).

Fig. 3- Sífilis secundária: feridas arredondadas em regiões palmares e plantares.



Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

No período de latência, onde há infecção pelo *Treponema pallidum*, mas ausência de sintomatologia. A sífilis latente ocorre nos primeiros 12 meses de infecção e a tardia após 12 meses, sendo o tempo de infecção desconhecido (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A fase terciária ocorre após vários anos da infecção inicial e compreende, por exemplo, as formas nervosa, cutânea e cardiovascular da doença, na qual pode-se levar a morte (TANNOUS, et.al. 2017)

3.4 SÍFILIS CONGÊNITA

A infecção do conceito pelo *Treponema pallidum* ocorre por via transplacentária, e se define como Sífilis Congênita, a partir da mãe infectada não tratada ou inadequadamente tratada. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto, com uma taxa que varia de 30 a 100% dependendo do estágio da sífilis na mãe. A infecção é a principal causa de óbito fetal na presença de sífilis materna (CAMPOS, 2012).

Sua classificação é denominada como sífilis congênita recente ou sífilis congênita tardia. A sífilis congênita recente surge até o 2º ano de vida e se dá através de avaliação clínica e laboratorial. Os sinais clínicos podem ser discretos ou pouco específicos. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características dessa síndrome são a hepatomegalia

e lesões cutâneas. Entre as alterações laboratoriais incluem anemia e leucocitose (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita tardia surge após o 2º ano de vida da criança, e suas principais características incluem; dentes incisivos mediano superior deformado (dentes de Hutchinson), rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2006).

3.5 ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE AO TRATAMENTO

A não adesão ao tratamento pode acarretar-se sérias consequências ao feto. O tratamento do recém-nascido diagnosticado com sífilis confirmada ou provável inclui os neonatos com teste não treponêmico positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença e aqueles assintomáticos, cujo tratamento materno não foi feito ou documentado, não foi completo, não empregou penicilina, realizado nas quatro semanas anteriores ao parto (FELIZ et al., 2016)

Tabela 01 Esquema de tratamento sífilis em gestantes segundo Manual do Ministério da Saúde Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso, 2006.

Sífilis primária	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), em dose única.
Sífilis secundária	Duas séries de penicilina benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Dose total: 4.800.000 UI
Sífilis terciária	Três séries de penicilina G benzatina 2.400.00 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Dose total: 7.200.000 UI.

A profilaxia da sífilis congênita é feita através da solicitação do VDRL e do tratamento das gestantes infectadas juntamente com seus parceiros durante a consulta pré-natal e realizada conforme preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2016).

Deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto). Além da garantia do acesso ao serviço de saúde pelas Redes de Atenção à Saúde, a qualidade da assistência pré-natal pela equipe multidisciplinar até o momento do parto é determinante para a redução da incidência de sífilis congênita (NONATO; MELO, 2015).

Estratégias de Políticas de Saúde têm sido implantadas pelo Ministério da Saúde, como disponibilização pela Rede Cegonha de testes para diagnóstico breve da gestação, visando a detecção precoce das gestantes para o amparo no pré-natal (VASCONCELOS, 2014).

O número de casos notificados dependerá, portanto, da capacidade de intervenção dos serviços para reduzir a transmissão vertical, diagnosticando e tratando adequadamente as gestantes e seus parceiros, mas também da capacidade de identificação e notificação dos casos de sífilis congênita. Sendo assim, um número baixo de casos de sífilis congênita não indica necessariamente um bom programa de controle da transmissão vertical, uma vez que casos de sífilis congênita podem estar ocorrendo, mas não sendo notificados. Já um número elevado indica falhas no processo assistencial, com oportunidades perdidas de intervenção (DOMINGUES; LEAL, 2016).

3.6 PAPEL DO ENFERMEIRO

A atuação dos profissionais de saúde nas ações de promoção, prevenção e tratamento da sífilis, garante um cuidado integral à mulher, tornando um diferencial no atendimento. O conhecimento de todo o programa que se desenvolve durante o pré-natal, compreende em ações e estratégias, afim de promover a educação em saúde reduzindo os casos de sífilis

congênita, sendo o pré-natal um importante marcador da qualidade da assistência a gestante (SOUSA, et. al., 2014).

Enfermeiros que trabalham em alojamento conjunto (ALCON) devem estar sempre atentos a quaisquer alteração, sendo emocional ou sintomatológica que ocorrem nas mulheres portadoras de sífilis, no momento da confirmação ou até reconfirmação diagnóstica de sorologia para sífilis, compreendendo e esclarecendo quanto a este novo quadro que se apresenta (SOUSA, et. al. 2014).

Prevenir a Sífilis Congênita requer do profissional mais do que conhecimentos básicos acerca dessa doença, os estudos que abordaram sífilis congênita, observa que a descoberta científica envolvendo o tratamento e a sua divulgação na sociedade não são suficientes para mudar a realidade do agravo (SILVA, et.al. 2015).

A abordagem individual e sistematizada por parte do Enfermeiro no intuito de combater a sífilis congênita e garantir apoio qualificado a mãe e seu recém nascido, oferecendo orientações ao tratamento e ao uso de preservativos nas relações sexuais, evitando uma nova infecção (FIGUEIREDO, et. al. 2015).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, Costa e Barreto (2003) definem estudo epidemiológico descritivo como:

“A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras.”

Tendo como objetivo conhecer o perfil da sífilis em Gestantes no município de Anápolis no período de 2011 a 2016, buscando conhecer a real situação do município, os estágios de maior prevalência, a adesão ao tratamento e a principal faixa etária acometida. Sendo utilizado, dados do SINAM disponibilizados no DATASUS, no período de 2011 a 2016. Para evitar erros de retardo de notificação, analisaremos os dados disponíveis até 2016, último ano em que constam os dados completos.

Os dados foram obtidos por meio de consulta às bases de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e da Sala de apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br> e <http://sage.saude.gov.br>), sendo dados secundários já analisados e publicados.

Para a identificação dos estudos publicados sobre Sífilis em Gestantes, foram realizadas uma busca online na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), onde já foram incluídas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Estas bases foram escolhidas por serem as mais conhecidas na América Latina. Utilizados estudos publicados no âmbito nacional e internacionais, indexados nas bases de dados acima referidas, durante os anos 2004 a 2017. Os descritores utilizados foi na língua portuguesa, sendo eles: Sífilis; Sífilis Congênita; Gestantes.

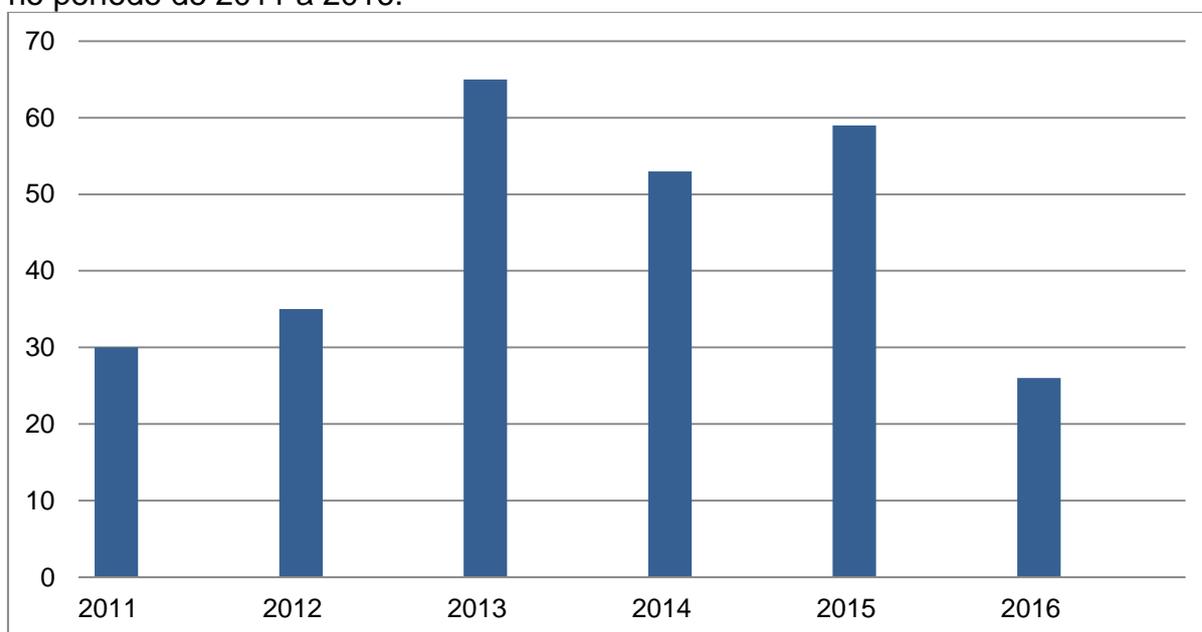
Após a coleta de dados, análise e interpretação, utilizamos o programa Microsoft® Excel 2007 para tabulação dos dados e a análise estatística descritiva com frequência absoluta e relativa para expor a real situação do município frente à Sífilis em gestantes por meio de tabelas e gráficos.

Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Após a conclusão da pesquisa os achados serão divulgados e publicados no meio acadêmico.

5 RESULTADOS

Ao realizar-se a busca no sistema de informações disponíveis DATASUS, podemos identificar que no Brasil registrou-se 157.513 casos de sífilis em gestantes, no período de 2011 a 2016. No Estado de Goiás um total de 4.895 sendo que o município de Anápolis representa 5,87% dos casos de sífilis adquirida do estado de Goiás. Obtivemos uma maior prevalência nos anos de 2013, 2014 e 2015, com diminuição gradativa no ano de 2016, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1: Taxa de detecção de sífilis em gestantes no município de Anápolis no período de 2011 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2017

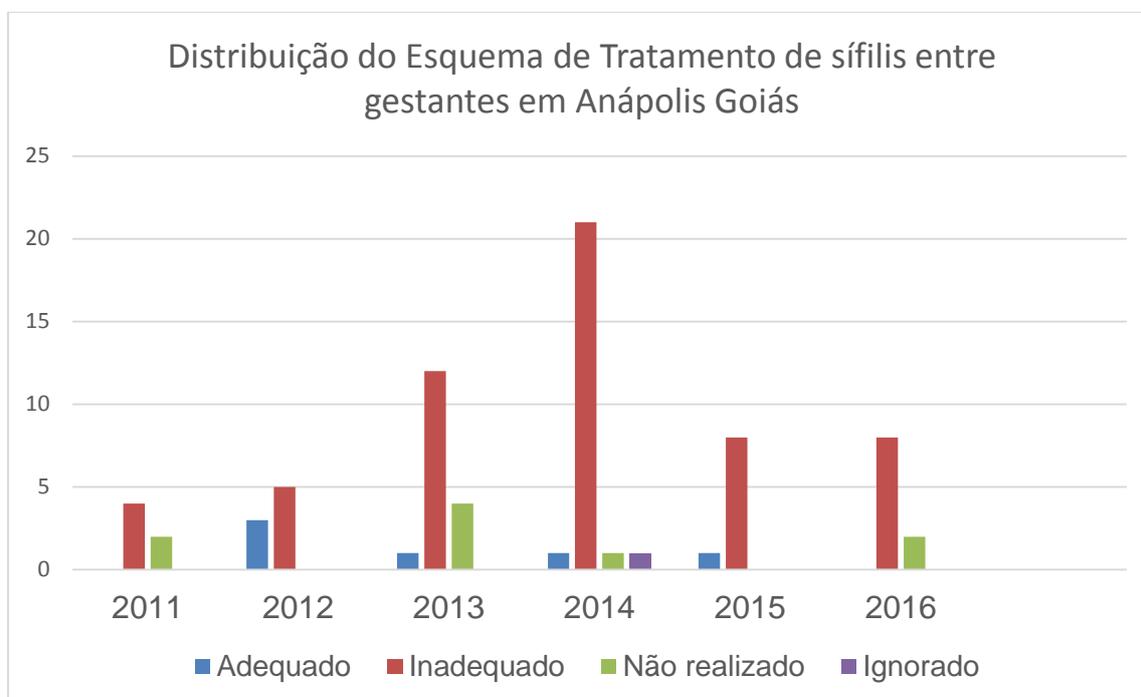
A seguir mostra-se a caracterização das gestantes e sua distribuição ao longo do período investigado. Estão descritas na tabela 01 as variáveis; escolaridades, etnia, faixa etária e idade gestacional. Podemos destacar quanto a escolaridade que o ensino médio incompleto apresentou maior incidência nos anos de 2013, 2014 e 2016. A etnia auto referida como parda foi predominante em todos os anos investigados o mesmo aconteceu com a faixa etária de 20 a 29 anos. As demais informações seguem descritas na tabela 2.

Tabela 2: Casos de gestantes com Sífilis segundo escolaridade, faixa etária, idade gestacional e raça de 2011 à 2016 no município de Anápolis-GO.

		Sífilis em Gestantes					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TOTAL		30	35	65	53	59	26
Escolaridade	1ª a 4ª série incompleta	2(7)	5(14,2)	8 (12,3)	4 (8)	1 (1,7)	0
	4ª série completa	2(7)	2(6)	3 (4,6)	2 (4)	1 (1,7)	3(12)
	5ª a 8ª série incompleta	7(25)	4(11,4)	4 (6,2)	5 (9)	5 (9)	3 (12)
	Fundamental Completo	5(17,8)	1(2,9)	7(10,8)	3 (6)	8 (13,6)	2 (7,7)
	Médio Incompleto	7(25)	4(11,4)	14 (21,5)	16 (30)	13 (22)	9 (34,5)
	Médio Completo	3(10,7)	4(11,4)	10 (15)	8 (15)	25 (42)	3 (11,5)
	Superior Incompleto	1(3,5)	1(2,9)	3 (4,6)	1 (2)	0	1(4)
	Superior Completo	0	0	0	1 (2)	2 (3)	0
	Ignorado	1(3,5)	14(40)	16 (25%)	13 (24)	4 (7)	5 (19)
Faixa Etária	10 a 14 anos	0	1 (1,5)	1 (1,5)	0	1 (1,7)	0
	15 a 19 anos	0	3 (18,5)	12 (18,5)	6 (11)	19 (32,3)	4 (15,4)
	20 a 29 anos	21 (70)	20 (53,8)	35 (53,8)	36 (68)	22 (37)	13 (50)
	30 a 39 anos	7 (23)	7 (21,5)	14 (21,5)	8 (15)	15 (25)	8 (30,8)
	40 anos ou mais	2 (7)	4 (4,7)	3 (4,7)	3 (6)	2 (4)	1 (3,8)
Idade Gestacional	1º Trimestre	10 (33)	7 (20)	16 (25)	7 (13)	13(22)	4 (15)
	2º Trimestre	9 (30)	14 (40)	21 (32)	20 (38)	13(22)	9 (35)
	3º Trimestre	8 (27)	11 (31,4)	24 (37%)	24 (45%)	23(54)	13 (50)
	Idade gestacional ignorada	3 (10)	3 (8,6)	4 (6%)	2 (4)	10(2)	0
Raça ou Cor	Branca	6 (20)	9 (26)	21 (32)	8 (15)	9 (15,2)	6 (23%)
	Preta	3 (10)	5 (14)	4 (6)	3 (5,7)	2 (3,4)	2 (7,7)
	Amarela	1 (3)	1 (2,9)	1 (1,5)	1 (1,9)	2 (3,4)	0
	Parda	16(53)	18 (51,4)	38 (58,5)	40 (75,5)	46 (78)	17 (65,4)
	Indígena	0	0	0	0	0	1 (3,8)
	Ignorada	4 (13)	2 (5,7)	1 (1,5)	1 (1,9)	0	0

Fonte: DATASUS, 2017.

O gráfico 2 apresenta as informações referentes ao esquema de tratamento materno com uso de penicilina benzatina. Notou-se que nos anos de análise a maioria das gestantes realizou tratamento de forma inadequada quanto ao uso dos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde.



DATASUS, 2017

Na tabela 3 destacou-se a classificação da sífilis adquirida em sífilis latente e logo em seguida a sífilis primária

Tabela 3: Classificação clínica sífilis adquirida em gestantes nos anos de 2011 à 2016.

Classificação Clínica	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sífilis Primária	15 (50)	3 (8,5)	32 (50)	20 (38)	7 (12)	5 (19)
Sífilis Secundária	2 (6,6)	0	0	2 (4)	3 (5)	1 (4)
Sífilis Terciária	1 (3,3)	0	1 (1)	0	0	1 (4)
Sífilis Latente	2 (6,6)	32 (91,5)	25 (39)	25 (47)	45 (76)	16 (61,5)
Ignorado	10 (33,3)	0	7 (10)	6 (11)	4 (7)	3 (11,5)
TOTAL	30	35	64	53	59	26

Fonte: BRASIL, 2017

A tabela 4 evidenciam-se as variáveis quanto à sífilis congênita. Notou-se uma totalidade nos casos de diagnóstico recente. Faixa etária materna com prevalência de 20-29 anos e escolaridade em médio incompleto. Cerca de 82% das mães realizaram o pré-natal; 63% foram diagnosticadas com sífilis nesse período, 21% no momento do parto, 13% após o parto e 3% ignorado.

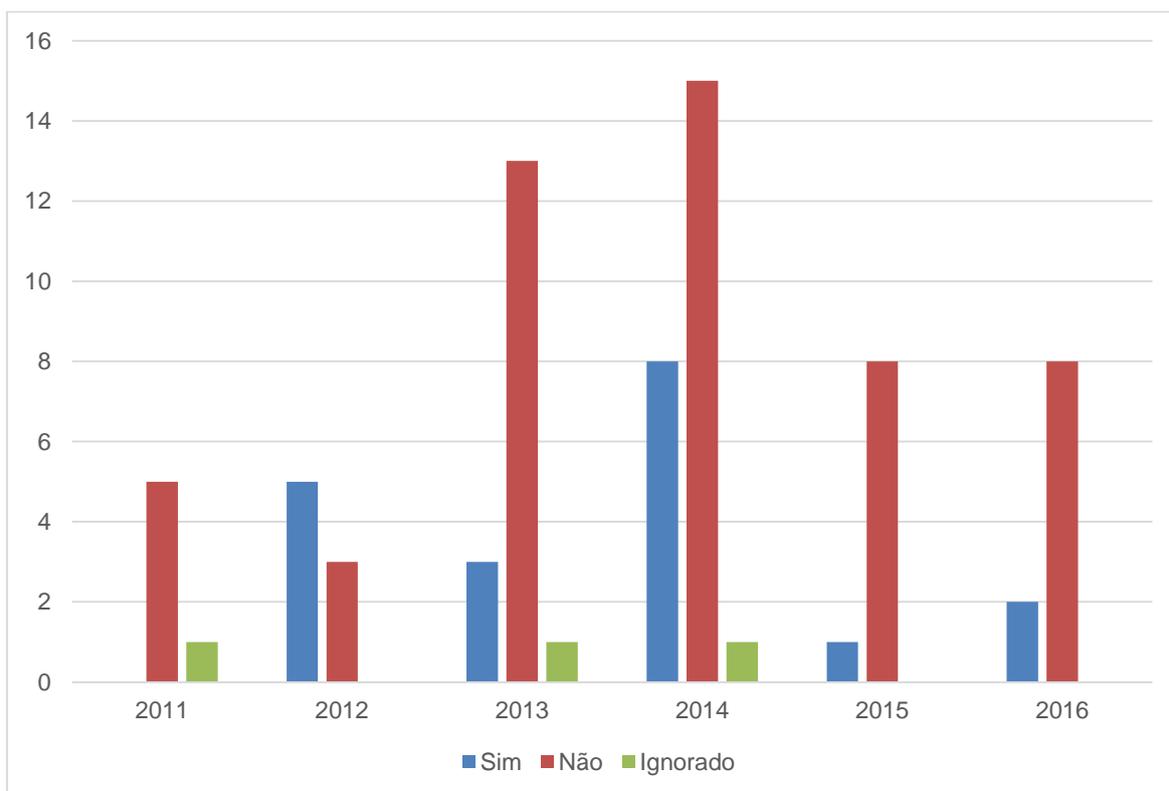
Tabela 04 Casos de gestantes com Sífilis congênita segundo diagnóstico final, escolaridade da mãe, faixa etária da mãe.

		Sífilis Congênita					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Diagnóstico Final	Sífilis congênita recente	6 (100)	8 (100)	17 (100)	24 (100)	9 (100)	10 (100)
Faixa Etária da Mãe	15 a 19 anos	1 (17)	0	7 (41)	6 (25)	1 (12)	0
	20 a 29 anos	2 (33)	4 (50)	8 (47)	16 (67)	4 (44)	4 (40)
	30 a 39 anos	3 (50)	3 (38)	2 (12)	1 (4)	2 (22)	3 (30)
	40 anos ou mais	0	0	0	1 (4)	2 (22)	3 (30)
	Ignorado	0	1 (12)	0	0	0	0
Escolaridade da Mãe	4ª série completa	1 (17)	1 (12)	0	0	0	0
	5ª a 8ª série incompleta	2 (33)	0	3 (17)	1 (4)	1 (11)	1 (10)
	Fundamental Completo	0	0	1 (6)	2 (8)	0	3 (30)
	Médio Incompleto	1 (17)	5 (64)	5 (30)	11 (45)	2 (22)	4 (40)
	Médio Completo	0	1 (12)	3 (17)	4 (16)	6 (67)	1 (10)
	Não se aplica	0	0	0	1 (4)	0	0
	Ignorado	2 (33)	1 (12)	5 (30)	5 (23)	0	1 (10)

Fonte: BRASIL, 2017

O gráfico 3 apresenta dados referente ao parceiro tratado da mãe. Observou-se na maioria dos casos, o tratamento não realizado. Registraram-se dois casos de óbito por sífilis congênita nos anos de 2011 e 2012 respectivamente. Nos demais anos a taxa de mortalidade por sífilis congênita, segundo o DATASUS foi em 0%.

Gráfico 3: Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico.



DATASUS, 2017.

6 DISCUSSÃO

A sífilis em gestantes e congênitas permanece como uma infecção de porte prevenível e controlável; no entanto, dificilmente consegue-se estabelecer erradicação à cerca da doença (LAFETA, 2016). Neste estudo foram identificados um total de 268 casos de sífilis em gestantes no município de Anápolis no período de 2011a 2016. Destas, a prevalência total foram da faixa etária de 20 a 29 anos correspondem a 54% dos casos gerais; 23% com escolaridade em médio incompleto; 38% foram diagnosticados no 3º trimestre de gestação e 65% prevaleceram na cor parda. Já alguns estudos descrevem características opostas, como o predomínio da sífilis em gestantes adolescentes, diagnosticadas no 1º trimestre de gestação e sendo a cor dominante negra (MAGALHÃES, et. al. 2013). Outros estudos demonstram a semelhança aos dados apresentados neste estudo (CARDOSO, 2018).

Uma série de fatores limitantes no processo saúde-doença tendem a serem questionados, como o acesso aos serviços de saúde, capacidade limitada ao conhecimento de práticas a saúde e continuidade do mesmo, fatores de risco e suas consequências (MILANEZ, 2008).

Importante destacar que em todos os anos de coleta, a maior incidência foi ao tratamento inadequado das gestantes, tratamento este, preconizado pelo Ministério da Saúde através da portaria 3. 161 de 27 de dezembro de 2011. Com o tratamento inadequado da sífilis têm-se em torno de 40 a 100% de chance de transmissão vertical (mãe para feto).O seu tratamento deve estar de acordo com o estágio clínico da cliente/paciente e seus esquemas de tratamento, sendo imprescindível o controle da cura, a fim de evitar as reinfecções (HEBMULLER, 2015).

Quanto à classificação clínica, foi-se apresentado no estudo uma prevalência em sífilis latente. Lembrando que a sífilis no estágio de latência, seguida do estágio primária e secundária, o paciente possui a infecção pelo treponema pallidum porém não manifesta sintomatologia da doença.

Ao analisarmos a cerca da sífilis congênita, verificamos um total de 74 casos, no total de anos analisados. Foi-se apontada uma maior prevalência em diagnóstico recente ao recém-nascido; faixa etária prevalente de 20 a 29

anos; e ensino médio incompleto. Cerca de 82% das mães realizaram o pré-natal; 63% foram diagnosticadas com sífilis nesse período, 21% no momento do parto, 13% após o parto e 3% ignorado.

Notou-se um aumento do número de casos no ano de 2014, com o aumento da não adesão ao tratamento, fator diretamente ligado para a transmissão vertical ao feto (CARDOSO, 2018). As maiorias das mulheres tiveram a sífilis diagnosticada no pré-natal, contudo, a ocorrência da sífilis congênita revela que elas não obterem uma assistência de qualidade e um tratamento contínuo. Sabendo-se que o diagnóstico ocorreu em um período mais tardio, com a maioridade no 3º trimestre de gestação.

Os problemas para a prevenção da sífilis congênita estão diretamente relacionados à assistência pré-natal, sendo eles a ausência da realização e falha no tratamento do parceiro concomitante com a gestante (CARDOSO, 2018).

A sífilis pode ser transmitida a partir da 9ª semana de gestação, sendo o período de maior frequência entre a 16ª e 28ª semanas, no qual reforça-se o início precoce a assistência pré-natal (ARAUJO, 2012).

A oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações e a sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes (MAGALHÃES, et. al 2013). Registraram-se dois casos de óbito por sífilis congênita nos anos de 2011 e 2012 respectivamente.

Observou-se no gráfico 03 uma totalidade em tratamento do parceiro não realizado. Diversos estudos demonstram que um dos principais motivos para o fracasso do tratamento nas gestantes, é a ausência ou o tratamento inadequado do parceiro (NASCIMENTO, 2011). No Distrito Federal, em 2010, foram avaliados 133 casos de sífilis em gestantes, 10 (7,5%) dos parceiros sexuais destas gestantes realizaram tratamento para doença, 100 (75,25) não realizaram e em 23 (17,3%) essa informação não estava disponível (MURICY, 2015). Estudos justificam a baixa adesão ao tratamento do parceiro a fatores socioeconômicos, latrofobia masculina e falta de acesso à informação (CAMPOS, 2012).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo ainda revelou falhas relacionadas às ações de prevenção e controle da sífilis no Brasil. Significativa parcela dos casos de sífilis congênita ocorreu em mulheres que receberam alguma assistência pré-natal.

Os resultados apresentados levam a verificação da fragilidade dos serviços de saúde da atenção básica. Foram encontradas falhas importantes, como conscientização da gestante em iniciar e concluir o ciclo do tratamento, educação em saúde e a falta do tratamento do parceiro concomitante com a gestante.

Faz-se necessário popularizar o assunto nas iniciativas de educação continuada de profissionais e conscientizá-los das oportunidades de prevenção e tratamento. As ações direcionadas à eliminação da sífilis dependem diretamente da qualidade na assistência à saúde e daqueles profissionais em que realizam o pré-natal. Com diagnóstico e tratamento acessíveis, como ocorre nesta situação clínica, um grande problema se faz presente.

A atuação da Atenção Básica é essencial no acompanhamento pré-natal e na conscientização das doenças transmissíveis que englobam durante essa fase. Faz-se necessário que esses profissionais exerçam seu papel de forma consciente e abrangente, de maneira a minimizar riscos evitáveis.

Alguns autores têm constatado a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde, explicada pelas características de um atendimento pautado no enfoque materno-infantil. Homens procuram por serviços que respondam com maior rapidez a suas demandas de saúde. Por isso, tende a se a necessidade da abordagem interdisciplinar das famílias, para garantir o seguimento dos casos, adesão ao tratamento e controle da circulação do *T. pallidum*.

8 REFERÊNCIAS

Araújo CL; Shimmizu HE; Sousa AIA; Hamann EM. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família**. Rev Saúde Pública 2012; 46(3): 479-86

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.

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**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **SIFILIS Estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília – DF 2010. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Brasília – DF 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 19 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico sífilis 2016**. Brasília - DF Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso – 2. ed.** – Brasília :- DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de atenção à saúde. **Rede cegonha 2015**. Disponível em: <<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/rede%20cegonha.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **DATASUS**. Departamento de informática do SUS. Brasília-DF, 2017 < <http://datasus.saude.gov.br>> Acesso em: Acesso em: 02 set. 2017

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**. Brasília-DF, 2015.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al . **Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 34, n. 9, p. 397-402, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>.

CARDOSO, Ana Rita Paulo et al . Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 563-574, Feb. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 32, n. 6, e00082415, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2017. Epub June 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>

FELIZ, Marjorie Cristiane et al . **Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 19, n. 4, p. 727-739, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400727&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040004>.

FIGUEIREDO, M. S. N. D. et al. **Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis**. Revista Rene, Ceará, v. 16, n. 3, p. 345-54, 12./mar. 2015

HEBMULLER, Marjorie Garlow; FIORI, Humberto Holmer; LAGO, Eleonor Gastal. **Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação**. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 9, p. 2867-2878, Sept. 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902867&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20332014>.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al . Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, p. 1109-1120, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso>.access on 27 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>. 2013

Muricy CL, Júnior VLP. **Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil**. Rev Soc Bras Med Trop. 2015;48(2):216–9

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 24, n. 4, p. 681-694, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=en&nrm=iso>.access on 22 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.

SOUSA, D. M. D. N. et al. **Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho**. Revista de Enfermagem, Recife, v. 8, n. 1, p. 160-5, fev./26. 03.

SILVA, T. C. A. D. et al. **Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. Revista interdisciplinar, Piauí, v. 8, n. 1, p. 175-181, mar./03. 2015.

TANNOUS, L. S. et al. COMPARAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE CATANDUVA-S. **CuidArt Enfermagem**, Catanduva - SP, v. 3, p. 187-192, mar./jul. 2017. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/187.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018

VASCONCELOS, S. M. M. et al. **Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura**. Pediatria Moderna, Ceará, v. V 50, n. 6, p. págs.: 254-258, jun./mar, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5822&fase=imprime>. Acesso em: 26 mar. 2017.

