

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIAMARA MARIA FEITOSA DA SILVA MELO

SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: CENÁRIO DE 2006 Á 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo como requisito a formação no Bacharelado em Enfermagem no UniCEUB, sob orientação do Professor Lincoln Agudo Oliveira Benito.

SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: CENÁRIO DE 2006 À 2018.

Eliamara Maria Feitosa da Silva Melo¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

Resumo

A Sífilis Congênita (SC) é uma infecção crônica sistêmica de grande relevância. Diante de seu aumento nos últimos anos no Brasil, este estudo objetivou estimar o quantitativo de casos diagnosticados no período entre 2006 a 2018, com o intuito de determinar o perfil epidemiológico da população acometida. De caráter epidemiológico, descritivo e quantitativo, sendo os dados obtidos no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Durante a análise dos dados foi identificado 170.546 casos com média e desvio-padrão (13.118,9 ± 8.141,6). Em 2017 registrou-se a maior preponderância com 14,8% (n=25.294). Tendo a região sudeste (SE) o maior predomínio de casos 42,7% (n=72.877). Entre as Unidades Federativas (UF), o RJ registrou o maior número 17,1% (n=29.198). Dentre as características epidemiológicas analisadas 95% (n=162.389) das crianças possuíam faixa etária de até 6 dias de vida, 78,5% (n=133.959) das mães haviam realizado pré-natal (PN) possuindo até 8 anos de estudo 24,2% (n=41.283) e 60,1% (n=162.552) dos parceiros não realizaram tratamento.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Assistência pré-natal e epidemiologia.

CONGENITAL SYPHILIS IN BRASIL, 2006 TO 2018

Abstract

Congenital Syphilis (CS) is a systemic infection of great relevance. In face of its increase in the last years in Brazil, this study aimed to estimate the quantitative of diagnosed cases in the period between 2006 to 2018 with the intention to determine the epidemiologic profile of the affected population. On epidemiological, descriptive and quantitative, character, having the data obtained with the Information System of Aggravaton of Notification (ISAN). During the data analysis 170, 546 cases were identified with average and pattern-deviation (13.118.9 ± 8,141.6). In 2009 the largest preponderance was attained with 14.8% (n=72, 877). Among the Federative Units (FU), Rio de Janeiro (RJ) has shown the largest number 17.1% (n=29.198). Amongst the analysed epidemiologic characteristics 95% (162.389) of children had had an age rate up to 6 days old; 78.5% (n=113.959) of the mothers had had Prenatal Care (PNC); having up to 8 years of study 24.2% (n=41.283) and 60.1% (162.552) of the patners hadn't been treated.

Keywords: Congenital Syphilis, Prenatal Assistance and epidemiology.

¹Acadêmica de Enfermagem do UniCEUB

²Professor do UniCEUB

1. INTRODUÇÃO

A SC é uma infecção crônica sistêmica de grande relevância mundialmente, que tem como agente etiológico a bactéria *T. Pallidum*, uma espiroqueta que pode ser transmitida por via transplacentária ao concepto em qualquer fase da doença materna, sendo mais comum na fase primária ou secundária, ocorrendo quando a gestante infectada não faz ou foi tratada inadequadamente ou por transmissão direta durante o parto, por ocasionarem lesões genitais ou possivelmente durante a amamentação se apresentar lesões mamárias. Mesmo sendo uma doença de fácil prevenção, aproximadamente um terço das gestantes infectadas podem evoluir para perda fetal e outra parte semelhante ter como desfecho a SC (SONDA *et al.*, 2013).

Pode ser classificada em precoce, onde as manifestações ocorrem até o segundo ano de vida, podendo apresentar hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrite, anemia e lesões cutaneomucosas. E tardia, ocorrendo após 2 anos de vida, onde seus sintomas são inconvertíveis, dentre eles os mais comuns são a ceratite, retardo mental e surdez (PIRES *et al.*, 2014).

Anualmente, estima-se que ocorram cerca de 12 milhões de novos casos de Sífilis na população em geral no mundo e que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença e ainda que a Sífilis Materna cause outro meio milhão de natimortos e abortos, se caracterizando como um grave problema mundial de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (HOLANDA *et al.*, 2011).

A SC se tornou uma doença de notificação compulsória em 2005 (Portaria MS/SVS nº. 33), onde foi liberada uma ficha de investigação para preenchimento com todos os dados coletados durante o atendimento a gestante e posteriormente inseridos em 2007 no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Mas desde 1986 a doença já apresentava grande importância, sendo criada a ficha para notificação que com passar dos anos foi sofrendo alterações com o intuito de melhoria na detecção e acompanhamento da possível redução da doença, pacto assinado em acordos internacionais pelo Ministério da Saúde (MS) (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Em 2010 os países que compõem a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) apresentaram um “*Plano de Ação para Eliminação da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita*”, em consonância OMS estabeleceu uma meta para que o Brasil até 2015 tivesse uma ocorrência de até 0,5 casos de SC por mil nascidos vivos, o que não viria a acontecer (LIMA *et al.*, 2017).

Segundo o MS no Brasil aproximadamente 12 mil nascidos vivos e 50 mil parturientes são diagnosticadas anualmente com SC e Sífilis adquirida respectivamente, demonstrando o reflexo da qualidade da assistência pré-natal (PN) e do grau de instrução materna. Mesmo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimasse a erradicação da sífilis até 2015 e fazendo parte das metas do Pacto pela Saúde, muitas regiões no Brasil apresentam estudos que demonstram o contrário, identificando dificuldades para eliminação desta infecção (LAFETÁ *et al.*, 2016).

O acometimento da SC é um parâmetro usado para que se possa fazer uma avaliação da qualidade da assistência dada e que vem evidenciando deficiências de ordem tanto estrutural como técnica dos serviços de saúde. Em 2006 no Brasil, 79% dos casos estavam ligadas a mães que haviam realizado PN, embora entre essas, apenas 55% receberam diagnóstico de sífilis durante gravidez, sendo que em 66% destas, os respectivos parceiros não haviam sido tratados (MELO; FILHO; FERREIRA, 2011)

Para determinar o diagnóstico e o tratamento é necessário a realização de testes sorológicos, que são classificados em treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA) e não treponêmicos (VDRL, RPR) e o principal medicamento utilizado é a penicilina, sendo a dose e tempo de tratamento estabelecidos pela fase da doença que se encontra o paciente, realizados com baixo custo e sem dificuldade no manejo (AGUIAR *et al.*, 2019).

O MS preconiza que durante a assistência PN toda gestante seja submetida à pelo menos dois exames de VDRL para rastreamento da doença, um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da 28ª semana de gestação. Devendo ainda ser realizado novo exame de VDRL no momento do parto para garantir ao RN a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Não existe um teste sorológico ideal para se diagnosticar a SC, mesmo os testes laboratoriais apresentando um bom resultado. Para o seu diagnóstico é primordial a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais em todos os casos pois, ao nascerem os neonatos podem ser assintomáticas ou apresentarem sinais e sintomas discretos e não específicos. A realização de um conjunto de exames laboratoriais (sangue e líquido) e de imagem deve ser critério de avaliação complementar e quando possível realizar busca ativa do *T. Pallidum* através de microscopia (BRASIL, 2016).

Nos últimos anos no Brasil, observou-se um grande aumento no número de casos de SC e adquirida, que pode estar relacionada ao aumento de testes rápidos realizados, o não uso de preservativo, a resistência à administração da penicilina nas UBSs por parte dos profissionais de saúde, o desabastecimento mundial de penicilina e o aumento da cobertura de testagem para

sífilis por meio da disseminação de testes rápidos. A melhoria no aprimoramento do sistema de vigilância pode refletir também no crescente aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Diante do aumento da SC nos últimos anos, este estudo objetivou estimar o quantitativo de casos diagnosticados entre os anos de 2006 a 2018, com o intuito de determinar o perfil epidemiológico da população acometida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo, cujos dados foram obtidos junto a bases de dados SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>). A população do estudo foi constituída por todos os casos de SC diagnosticados e registrados no recorte histórico formados pelos anos de 2006 a 2018.

A partir dos dados obtidos no DATASUS, os mesmos foram organizados por meio do software EXCEL 2016®, pertencente ao pacote Office for Windows®. Os resultados foram expostos por meio de gráfico e tabelas explicativas.

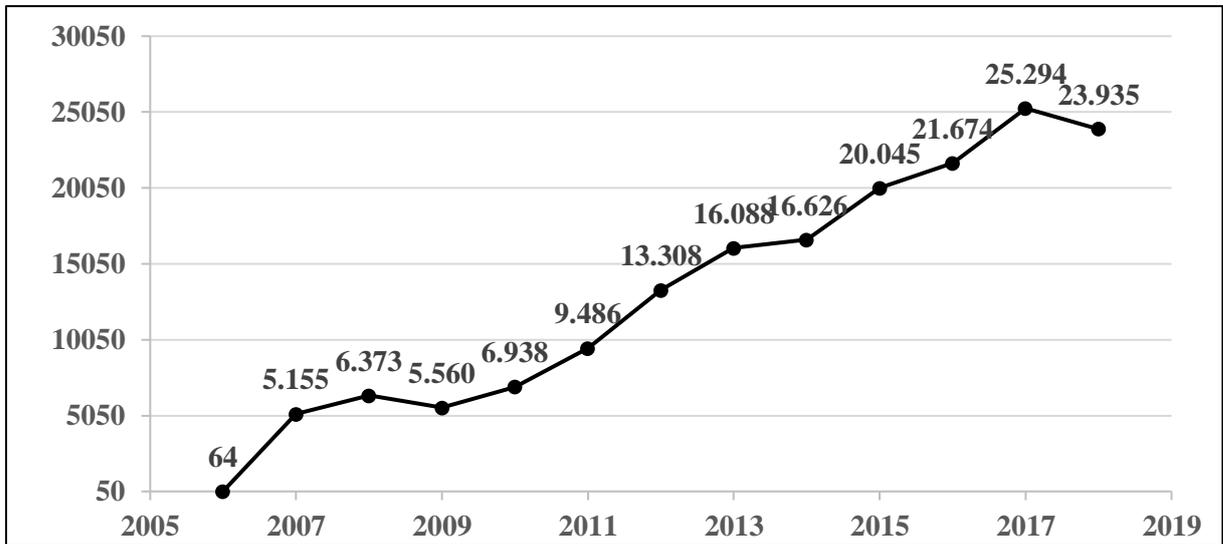
Foram utilizados enquanto fontes secundárias de pesquisa teórica, artigos de periódicos científicos, protocolos e manuais do Ministério da Saúde (MS), onde foram adquiridos em base de dados informatizadas como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Minerva-UFRJ e Saber - USP.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre os anos de 2006 a 2018, foram notificados no Brasil 170.546 casos confirmados de SC observando-se um aumento progressivo no número de casos da doença, atingindo seu auge no ano de 2017, com 25.294 casos, conforme a figura 1.

Anualmente, a Sífilis infecta milhares de mulheres em todo mundo, calcula-se que na América Latina e no Caribe nasçam com SC cerca de 166.000 a 344.000 crianças, levando a mais de 200 mil mortes prematuras e mais de 300 mil mortes fetais e neonatais. Nos últimos anos no Brasil, foi visto um crescente aumento de casos de sífilis Adquirida, Gestacional e Congênita, que poderia ser atribuída à diminuição do uso de preservativos, receio dos profissionais de saúde na administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por medo dos efeitos adversos entre outras causas (NUNES; LARA, 2017).

Figura1 - Distribuição do número de casos confirmados no Brasil entre os anos de 2006 à 2018 (n=170.546):



Fonte: SINAN, MS, 2019.

Outro desafio enfrentado mundialmente e que pode ter contribuído para esse aumento segundo outra pesquisa, foi a falta de matéria-prima para produção de penicilina, fazendo com que o MS publicasse uma nota informativa em 2015, que orientava sobre o uso prioritário da penicilina G benzatina no tratamento da sífilis em gestantes e penicilina cristalina no tratamento da SC no país e outros antibióticos disponíveis no SUS para tratamento da sífilis adquirida e em parceiros de gestantes, só que para efeito terapêutico tinham como posologia para tratamento de 8 a 15 dias, ocorrendo falhas na sua adesão e consequente reinfecção (RODRIGUES; OLIVEIRA; AFONSO, 2017).

Outros fatores importantes para o aumento da SC ao longo dos anos em todo o Brasil estão relacionados melhoria da notificação da SC por parte da vigilância epidemiológica, a facilidade ao acesso da gestante aos serviços de saúde principalmente ao PN, programas de políticas públicas e a capacitação dos profissionais de saúde (PINHA; MARCOLINO, 2014).

Outro dado importante observado foi à redução do número de casos de SC no ano de 2018, o que poderia ser justificado com a publicação da nota informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, que visando o ajuste com as recomendações OPAS e da OMS para fins de vigilância para atualização da definição dos casos de SC, estabelece a avaliação da história clínico - epidemiológica da mãe e/ou critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta. Assim, para fins de vigilância epidemiológica, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe, como critério de definição de caso de sífilis congênita (BRASIL, 2017).

Tabela 1-Distribuição dos casos notificados de SC por regiões e UF no Brasil, 2006 a2018(n=170.546):

Regiões/UF	f	%
Sudeste	72.877	42,7
Rio de Janeiro	29.198	17,1
São Paulo	28.931	17
Minas Gerais	10.602	6,2
Espírito Santo	4.146	2,4
Nordeste	48.540	28,5
Pernambuco	12.627	7,4
Ceará	11.142	6,5
Bahia	9.162	5,4
Rio Grande do Norte	3.912	2,3
Alagoas	3.643	2,1
Sergipe	3.290	1,9
Paraíba	2.457	1,4
Piauí	2.307	1,4
Sul	20.964	12,3
Rio Grande do Sul	12.548	7,4
Paraná	5.128	3
Santa Catarina	3.288	1,9
Norte	18.583	10,9
Pará	6.455	3,8
Amazonas	3.735	2,2
Macapá	3.609	2,1
Tocantins	1.867	1,1
Amapá	987	0,6
Acre	873	0,5
Rondônia	671	0,4
Roraima	386	0,2
Centro-Oeste	9.582	5,6
Distrito Federal	3.243	1,9
Mato Grosso do Sul	2.760	1,6
Goiás	1.884	1,1
Mato Grosso	1.695	1
Total	170.546	100

Fonte: SINAN, MS, 2019.

Já em relação à frequência de registros de casos de SC por regiões brasileiras que obtiveram maior predominância entre os anos de 2006 a 2018, está à região sudeste com 72.877

casos confirmados nesse período, com destaque para a cidade do RJ, e o Centro-Oeste, região identificada com menor frequência, com 9.582 casos, conforme evidenciado na tabela 1.

Como demonstrado na tabela 1, observa-se que o número de casos de SC nas regiões brasileiras no período analisado aponta grande divergência, quando descreve a sua distribuição, o que poderia ser demonstrado com estudo semelhante que trata sobre a ocorrência de sífilis, onde relata as diferenças no sistema de saúde entre regiões e a necessidade de uma estruturação nos seus serviços visando o rastreamento, a prevenção e tratamento de muitas doenças alcançando a redução nos agravos e complicações ocasionadas principalmente aos estados mais carentes (PIRES *et al.*, 2014).

Dados brasileiros atuais, analisados no Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2018 do MS, afirmam um aumento da taxa de incidência de SC no Brasil em 2017 (8,6 casos/1.000 nascidos vivos), sendo o Sudeste a região a apresentar à maior taxa (9,4 casos/1.000 nascidos vivos), superando a taxa nacional o que corrobora com os dados relacionados na tabela acima (BRASIL, 2018).

Segundo outro estudo publicado recentemente que analisa o desempenho de quatro capitais da Região Sudeste em relação à atenção primária à saúde (APS) nos anos de 2009 a 2014, RJ e SP foi considerado as capitais mais populosas e apresentaram os maiores índices de gastos no quesito saúde, mas seguiram a tendência de evolução preconizada pelo MS, o RJ apresentou o maior quantitativo de equipes de saúde da família em 2009, evento ocorrido porque neste ano a estratégia saúde da família (ESF) foi colocada como prioridade na tentativa de mudança do modelo assistencial, antes voltado à valorização na atenção dos serviços de especialidades médicas e de urgências e emergências, fato que poderia demonstrar também o crescimento do número de casos nesta região (RAMOS; SETA, 2019).

No que diz respeito às gestantes que realizaram PN, o aumento apresentado na tabela 2, pode ser atribuído as ações estabelecidas pelo MS para erradicação da doença, promovendo o acompanhamento de PN como primordial para o não acometimento de doenças nesse período, designando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como essencial para o fortalecimento na APS, atendendo todas as demandas nesse período, sendo usado como indicador de qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde, principalmente no que diz respeito à aplicabilidade das medidas de prevenção e controle da SC (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Dados em outro estudo recente, demonstram que mesmo sendo mais de 80% de cobertura mundial de assistência ao PN, ainda encontram-se discordâncias, pois em 66% dos casos diagnosticados com a doença, as mães não haviam realizado o exame para diagnóstico ou tratamento de Sífilis durante o acompanhamento. Acreditando ser uma cobertura deficiente,

pois esta mesma pesquisa concluiu que mundialmente somente 26% dos casos confirmados foram evitados (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Tabela 2 - Características epidemiológicas da população acometida por Sífilis Congênita no Brasil no ano de 2006 a 2018 (n=170.546).

Categorias		
Pré-natal	f	%
Sim	133.959	78,5
Não	26.552	15,6
Ignorado/Branco	10.035	5,9
Escolaridade da mãe		
5ª a 8ª Série incompleta do EF	41.283	24,2
Ensino médio completo	21.858	12,8
Ensino médio incompleto	18.414	10,8
Ensino Fundamental Completo	16.507	9,7
1ª a 4ª série incompleta do EF	11.476	6,7
4ª Série Completa do EF	7.621	4,5
Analfabeto	1.824	1,1
Educação Superior Incompleta	1.389	0,8
Educação Superior completa	1.163	0,7
Ignorado/ Branco	48.152	28,2
Não se aplica	858	0,5
Tratamento parceiro		
Não	102.552	60,1
Sim	28.837	16,9
Ignorado/ Branco	39.157	23
Faixa etária da criança		
Até 6 Dias	162.389	95
7-21 Dias	3.229	2
28 Dias a < Ano	3.128	2
1 Ano (12 a 23 meses)	1.427	0,8
2 a 4 anos	205	0,1
5 a 12 Anos	168	0,1
Total	170.546	100

Fonte: SINAN/MS, 2019.

Importantes estudos realizados mundialmente revelam que aproximadamente 70 a 90% dos casos diagnosticados de SC estão relacionados ao acompanhamento de PN executado de forma incorreta se concretizando como um fator de risco. Entre os principais problemas encontrados durante esta assistência está a anamnese realizada de forma inadequada, exames de sorologias para diagnóstico da sífilis não estão sendo realizadas nos períodos estabelecidos (1º e 3º trimestre), falhas na interpretação dos exames, dificuldade no reconhecimento da sintomatologia materna, o não ou inadequado tratamento da parceria sexual ea falta de comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica (VILELA *et al.*, 2019).

Entre as características do perfil sociodemográfico que contribui para a SC, esta é relacionada à idade materna menor que 20 anos e com escolaridade igual ou inferior a oito anos. Em outros estudos também foi encontrado esse resultado, descrevendo que mulheres com baixa escolaridade, com cuts negra ou parda têm uma maior probabilidade de infectar seu concepto. Assim, poderia associar a reduzida escolaridade, a dificuldade ao acesso a informação e a um menor nível de conhecimento a respeito de promoção a saúde e os meios de prevenção da infecção (NONATO *et al.*, 2015).

Em pesquisa recente, também foi possível identificar que quase metade das gestantes diagnosticadas com SC, tinha escolaridade menor que 8 anos portanto, um baixo grau de instrução, evidenciando que a pouca escolaridade materna é fator predominante para o aparecimento de doenças graves que podem interferir tanto em sua saúde quanto a de seu concepto, acarretando várias complicações (RAMOS; BONI, 2018).

Outro dado muito relevante seria a prevalência dos dados apresentados acima de parceiros que não realizaram tratamento adequado, representando mais da metade das notificações mesmo excluindo os dados em brancos e ignorados. Similaridades ocorreram em outros estudos, onde foi demonstrada uma baixa escolaridade e falta de acesso a informação da população brasileira (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012).

Para os homens, os serviços de saúde ainda se constituem como um espaço feminino, essa idéia se confirma durante PN, por se tratar de um período particularmente vivenciado por mulheres e em grande parte o atendimento é prestado por servidores do sexo feminino, somando-se a este contexto, com o pensamento por parte destes que o atendimento em saúde é exclusivamente composto para as mulheres, ao idoso e as crianças e valorizarem a procura por atendimento somente quando apresentam os primeiros sintomas de uma doença e não a sua prevenção. Portanto é primordial a busca ativa dos parceiros sexuais, reforçando sua participação no PN nos serviços de saúde, tanto para diagnóstico precoce como para o seu tratamento. (MAGALHAES *et al.*, 2013; BRASIL, 2018).

Segundo outro estudo analisado, evidenciando uma grande quantidade de parceiros que não receberam tratamento adequado pressupõem desatenção nos serviços de saúde pois, o tratamento do parceiro é decisivo para se evitar a reinfecção da gestante contribuindo para restauração definitiva da saúde materna e desfechos positivos ao concepto. Concluindo que o crescimento da doença pode estar associado a uma inadequada resolução do agravo por parte da UBS no que se refere ao PN (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019).

Já em relação à outra categoria, faixa etária de diagnóstico da criança acometida pela Sífilis, se observa uma prevalência superior de diagnóstico em crianças com até 6 dias de vida,

ocorrendo a forma precoce da doença, que poderia ser justificado com estudo demonstrando como as notificações realizadas estão de acordo com as estratégias do MS e pela maior frequência materno-infantil nos serviços de saúde pois, nesse período ocorre a triagem neonatal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, vacinas e momentos de incentivos ao aleitamento materno, todas essas abordagens com intuito de contribuir para promoção, prevenção e tratamento aos danos à saúde infantil (FRANÇA *et al.*, 2015).

Em relação à constante frequência de dados ignorados ou em branco apresentados neste estudo, poderia ser justificado com pesquisa semelhante relatando como os profissionais de saúde abordam a ficha de notificação, pois mesmo está apresentando instruções anexas para seu entendimento, os dados explicativos podem não estar sendo considerados satisfatórias ou suficientes para sanar todas as dúvidas sobre seu preenchimento, evidenciando a importância da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em relação ao manejo deste instrumento (COSTA *et al.*, 2013).

4. CONCLUSÕES

Por meio da presente pesquisa foi verificado aumento da frequência de registros de casos sobre SC no recorte histórico e geográfico analisados entre os anos 2006 a 2018, observando a não consonância das metas estabelecidas pelo MS para eliminação da SC no Brasil, mesmo provando ser uma doença de fácil diagnóstico e baixo custo para o tratamento, evidencia-se uma fragilidade das políticas públicas, principalmente em relação ao PN que mesmo apresentando uma ótima abrangência, devendo ser um evento sentinela para diagnóstico precoce de doenças nesse período, vem demonstrando a não efetividade das estratégias usadas para cobertura da população, no que diz respeito à ampliação de educação em saúde para redução de agravos da doença.

Associa-se ao manejo inadequado dos casos com a baixa qualidade do pré-natal recebido pelas gestantes, culminando no aumento dos indicadores da SC em todo o país. Diante dessa triste realidade, somente terá uma redução quando houver uma adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle nos serviços de atenção básica através de ações adotadas durante todo o pré-natal.

Mesmo demonstrando um crescente aumento na incidência nos dados coletados, estes ainda apresentam limitações, pois verificam-se discordâncias no momento do preenchimento da ficha de notificação, observando constantemente dados ignorados ou em branco tanto através

dos dados coletados quanto em pesquisas analisadas, comprovando o reduzido conhecimento dos profissionais ao manuseá-la, não estabelecendo a real magnitude de problema de Saúde Pública.

Portanto, torna-se essencial uma avaliação na qualidade dos serviços prestados durante o PN e a formulação de novas estratégias que sirvam de ferramenta para assistência prestada à gestante e seu parceiro visando reduzir desfechos negativos ao RN, também se considera imprescindíveis ações de capacitação permanente aos profissionais de saúde, que visem à redução e a erradicação da doença, principalmente do enfermeiro, visto que a partir de suas ações técnico – científicas, tem autonomia para interferir no controle da doença através de uma abordagem de qualidade, individualizada e humanizada, colaborando com estratégias de educação em saúde capaz de sensibilizar a população quanto à importância da doença.

Assim o enfermeiro torna-se um agente transformador dessa realidade, com ações de saúde voltadas para a prevenção, promoção e para o desenvolvimento de uma gestação saudável, atenuando os agravos que possam ser identificados precocemente e trabalhados em consonância com o Processo de Enfermagem, proporcionando um cuidado oportuno e adequado, no sentido de melhorar os indicadores de saúde materno-infantil.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.C. *et al.* Sífilis materna: Análise de evidências referentes à falha no tratamento de gestantes. **Revista enfermagem atual inderme**, v. 87, n. especial, edição 87, 2019. Disponível em: <<http://www.revistaenfermagematual.com.br>>. Acesso em: 5 de junho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. **Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis das IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2017.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvms>. Acesso em: 31 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita.** São Paulo, SP, 2016.

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 Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim epidemiológico - Sífilis**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis 2018. **Boletim epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, v.49, n. 45, p. 18, out. 2018.

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, fev. 2013.

DAMASCENO, A.B.A. *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014.

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. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.32, n.6, p. 1-12, jun./ 2016.

FRANÇA, I.S.X. *et al.* Fatores associados á notificação da Sífilis Congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**. Ceara - CE, v. 16, n. 3, p. 374-381, maio/jul, 2015.

GALATOIRE, P.S.A.; ROSSO, J.A.; SAKAE, T.M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 41, n. 2, abr./mar. 2012.

HOLANDA, M.T.C.G. *et al.* Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte 2004 a 2007. **Revista Epidemiologia de Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.2, p. 203-212, jun. 2011.

HOLZTRATTNER, J.S. Sífilis Congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Revista Cogitare enfermagem**. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>. Acesso em: 31 mai. 2019.

LAFETÁ, K.R.G. *et al.* Sífilis Materna e Congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Paranaíba, v.19, n.1, p.63-74, jan./mar. 2016.

LIMA, V.C. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Revista de saúde e ciências biológicas**. Ceará, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017.

MAGALHAES, D.M.S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1109-1120, jun./ 2013.

MELO N.G.D.O.; FILHO, D.A.M.; FERREIRA, L.O.C. Diferenciais intra-urbanos de Sífilis Congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Revista Epidemiologia de Serviços de Saúde**. Brasília, v.20, n.2, p. 213-222, jun. 2011.

NONATO, S.M.; SOUTO, A.P.; GUIMARAES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Revista Epidemiologia de Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.4, p. 681-694, 2015.

NUNES, J.D.; LARA, A.N.O. **A incidência de Sífilis na contemporaneidade**. Disponível em: <http://repositorio.unis.edu.br/haandle/prefix/321> Acesso em: 01 maio 2019.

PINHA, M.R.S.; MARCOLINO, J.S. Internações por Sífilis Congênita no Brasil e na região sul, de 2010 a 2014. **Revista Uningá Review**. V. 47, n. 2, jan. 2018. . Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1270>>. Acesso em: 17 maio 2019.

PIRES, A.C.S. *et al.* Ocorrência de Sífilis Congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade – Revisão de literatura. **Revista UningáReview**, Maringá-PR, v. 19, n.1, p.68-64, jan. 2014.

RAMOS, A.L.P.; SETA, M.H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 35, n. 4, e00089118, abr. 2019.

RAMOS, M.G.; BONI, S.M. Prevalência da Sífilis Gestacional e Congênita na população do município de Maringá. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 11, n. 3, p. 517-526, set./dez. 2018.

RODRIGUES, V.L.R.; OLIVEIRA, F.M.; AFONSO, T.M. Sífilis Congênita na Perspectiva de um Desafio para a Saúde Pública. **In: Congresso internacional de enfermagem**, Universidade de Tiradentes, v.1, n.1, mai. 2017.

SARACENI, V.; MIRANDA, E.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**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p.490-496, mar. 2012.

SONDA, E.C. *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**, Santa Cruz do Sul-RS, v.3, n.1, p.28-30, jan. 2013.

VILELA, L.S.C.A.L. *et al.* O pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1609-1615, mar./apr. 2019.