



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

RODRIGO SOUSA LIMA

**O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO
DE CAJAZEIRAS-PB**

CAJAZEIRAS-PB
2019

RODRIGO SOUSA LIMA

**O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO
DE CAJAZEIRAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob orientação da Profa. Kévia Katiúcia Santos Bezerra.

CAJAZEIRAS-PB
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-046
Cajazeiras - Paraíba

L732p Lima, Rodrigo Sousa.
O panorama epidemiológico da sífilis em gestantes no município de
Cajazeiras-PB / Rodrigo Sousa Lima. - Cajazeiras, 2019.
46f. : il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Kévia Katiúcia Santos Bezerra.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2019.

1. Sífilis. 2. Sífilis gestacional. 3. Epidemiologia. 4. Pré - Natal. 5.
Atenção Primária à Saúde. I. Bezerra, Kévia Katiúcia Santos. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.972

RODRIGO SOUSA LIMA

**O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM GESTANTES NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob orientação da Profa. Kévia Katiúcia Santos Bezerra.

O trabalho foi examinado e aprovado em 26 de novembro de 2019.

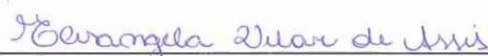
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Kévia Katiúcia Santos Bezerra

Orientador(a)

Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV)



Prof. Dra. Elisangela Vilar de Assis

Examinador(a)

Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV)



Prof. Dra. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Examinador(a)

Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF)

CAJAZEIRAS-PB

2019

Dedico este trabalho aos meus pais, cuja dedicação, empenho e sacrifícios em prol da minha formação são as marcas para a realização de um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que iluminou meus caminhos, me manteve de pé nos momentos de fraqueza e me deu discernimento para realizar as melhores escolhas.

Aos meus pais, que me deram todo o suporte necessário para que eu lutasse pela realização de um sonho, mesmo que para isso tivessem que abdicar dos seus próprios desejos, tornando tudo isso um sonho nosso; e ao meu irmão, que à sua maneira colaborou das mais variadas formas, inclusive despertando em mim a competitividade necessária para alcançar meus objetivos.

À minha namorada, que se manteve ao meu lado apesar das dificuldades provocadas pela distância, sempre me motivando e me fazendo crer que seria possível vencer; e a seus pais e irmã, que depositaram em mim a confiança da vitória e torceram para esta realização.

Aos meus amigos, que participaram desde o início da jornada e me incentivaram a lutar.

Aos meus familiares, que torceram e acreditaram nesta realização.

Aos meus colegas de turma, que ao longo desses últimos seis anos compartilharam e vivenciaram comigo as etapas para realização deste sonho.

Aos meus professores, incluindo aqueles do ciclo infantil, fundamental, ensino médio, pré-vestibular e ensino superior, que fazem parte da minha formação pessoal e profissional.

A todos que fazem parte da UFCG, que, direta ou indiretamente, são partes da construção desse momento.

“O universo sempre nos ajuda a lutar por nossos sonhos.
Porque são nossos sonhos, e só nós sabemos o quanto
nos custa sonhá-los.”

Paulo Coelho

RESUMO

A humanidade, por séculos, vem sendo desafiada por uma doença infectocontagiosa sistêmica, de progressão crônica: a Sífilis. Esta pode ser transmitida por via sexual ou vertical, na ocorrência de sífilis gestacional, transmitindo da mãe para o feto, o que pode provocar um aborto ou o desenvolvimento de sífilis congênita. Em virtude disto, o presente trabalho tem como tema “O panorama epidemiológico da sífilis em gestantes no município de Cajazeiras-PB”, tendo como objetivo analisar o quadro epidemiológico da sífilis gestacional no município de Cajazeiras-PB, de modo a estabelecer, comparativamente, uma relação entre os dados epidemiológicos apresentados no município de Cajazeiras com as demais esferas de divisão administrativa (estadual e nacional) e geográfica (regional); além de analisar os fatores que contribuem para a prevalência de sífilis em gestantes no município. Trata-se de um estudo ecológico de caráter retrospectivo e possuindo abordagem quantitativa. A pesquisa se desenvolveu a partir de dados colhidos no SINAN no período de 2008 a 2017. A análise mostrou que, nesse período, o número total de notificações relacionadas à sífilis em gestantes no Brasil vem crescendo paulatinamente. A região Nordeste é a segunda com maior número de casos de gestantes com sífilis em valores absolutos (43.900), tendo a Paraíba como o quinto estado com o maior número de notificações (2.910). Dentre os municípios paraibanos, Cajazeiras registrou 68 casos de sífilis em gestantes, sendo que não há registros nos anos de 2008 e 2009. A partir do ano de 2011 houve uma curva crescente no número de notificações, em níveis de taxa de detecção que apontam uma epidemia. O perfil que se apresentou com maior frequência foi o da gestante com idade entre 20 e 29 anos, de cor parda, com ensino fundamental incompleto, que se apresentava clinicamente com Sífilis Primária, cujo diagnóstico se deu no terceiro trimestre de gestação e que foi tratada com penicilina. Estes fatores demonstram falha do acompanhamento pré-natal que somado à vulnerabilidade social trazem a perspectiva de um agravamento do quadro. Logo, pode-se inferir que, em Cajazeiras, assim como em toda a Paraíba, o sistema público de saúde ainda possui um árduo trabalho de melhoria na Atenção Primária a Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Congênita. Epidemiologia. Gestantes. Sífilis.

ABSTRACT

For centuries, humanity has been challenged by a systemic infectious disease of chronic progression: syphilis. This can be transmitted sexually or vertically, in the occurrence of gestational syphilis, passing from the mother to the fetus, which can lead to miscarriage or the development of congenital syphilis. Due to this, the present work has as its theme “The epidemiological panorama of syphilis in pregnant women in the city of Cajazeiras-PB”, aiming to analyze the epidemiological picture of gestational syphilis in the city of Cajazeiras-PB, in order to establish, comparatively, a relationship between the epidemiological data presented in the municipality of Cajazeiras with the other spheres of administrative (state and national) and geographical (regional) division; besides analyzing the factors that contribute to the prevalence of syphilis in pregnant women in the city. This is a retrospective ecological study with a quantitative approach. The research was developed from data collected from SINAN from 2008 to 2017. The analysis showed that, during this period, the total number of notifications related to syphilis in pregnant women in Brazil has been growing steadily. The Northeast region is the second with the highest number of cases of pregnant women with syphilis in absolute values (43,900), with Paraíba as the fifth state with the highest number of notifications (2,910). Among the municipalities of Paraíba, Cajazeiras recorded 68 cases of syphilis in pregnant women, and there are no records in the years 2008 and 2009. From 2011 there was a growing curve in the number of notifications, in levels of detection rate that indicate a epidemic. The most frequent profile was that of a pregnant woman aged 20 to 29 years old, brown, with incomplete elementary school, who presented clinically with Primary Syphilis, whose diagnosis was in the third trimester of pregnancy and was treated with penicillin. These factors demonstrate the failure of prenatal care that, added to social vulnerability, brings the prospect of worsening the condition. Therefore, it can be inferred that in Cajazeiras, as in all Paraíba, the public health system still has a hard work of improvement in Primary Health Care.

KEYWORDS: Congenital. Epidemiology. Pregnant. Syphilis.

LISTA DETABELAS

TABELA 1 - CASOS E TAXA DE DETECÇÃO (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) DE GESTANTES COM SÍFILIS POR ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 2008-2017.....	24
TABELA 2 – CASOS E PERCENTUAL DE GESTANTES COM SÍFILIS POR REGIÃO DO PAÍS. BRASIL, 2008-2017.....	25
TABELA 3 – CASOS E PERCENTUAL DE GESTANTES COM SÍFILIS POR ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO PAÍS. BRASIL, 2008-2017....	25
TABELA 4 - CASOS E TAXA DE DETECÇÃO (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) DE GESTANTES COM SÍFILIS NA PARAÍBA POR ANO DE DIAGNÓSTICO. 2008-2017.....	25
TABELA 5 - CASOS E TAXA DE DETECÇÃO (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) DE GESTANTES COM SÍFILIS POR ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	26
TABELA 6 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO RAÇA OU COR POR ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	26
TABELA 7 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO RAÇA OU COR POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA PARAÍBA. 2008-2017.....	27
TABELA 8 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	27
TABELA 9 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA PARAÍBA. 2008-2017.....	28
TABELA 10 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO ESCOLARIDADE ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	29
TABELA 11 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO ESCOLARIDADE POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA PARAÍBA.	

2008-2017.....	29
TABELA 12 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO IDADE GESTACIONAL POR ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	30
TABELA 13 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO IDADE GESTACIONAL POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA PARAÍBA. 2008-2017.....	30
TABELA 14 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA POR ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	31
TABELA 15 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA PARAÍBA. 2008-2017.....	31
TABELA 16 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO ESQUEMA DE TRATAMENTO POR ANO DE DIAGNÓSTICO EM CAJAZEIRAS-PB. 2008-2017.....	32
TABELA 17 - CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO ESQUEMA DE TRATAMENTO POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA PARAÍBA. 2008-2017.....	32

LISTA DE SIGLAS

AL – Alagoas

BA – Bahia

CE – Ceará

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MA – Maranhão

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAVS - Pactuação de Ações da Vigilância em Saúde

PB – Paraíba

PE – Pernambuco

PI – Piauí

RN – Rio Grande do Norte

SE – Sergipe

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISPACTO – Pacto pela Vida, Saúde e Gestão

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS/MS - Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

UF- Unidade Federativa

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA	12
1.2	OBJETIVOS	13
1.2.1	Objetivo Geral	13
1.2.2	Objetivos Específicos	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	SÍFILIS EM GESTANTES: CARACTERIZAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E CONSEQUÊNCIAS	15
2.2	O IMPACTO DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS	19
3	MÉTODO	22
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÃO	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A humanidade, por séculos, vem sendo desafiada por uma doença infectocontagiosa sistêmica, de progressão crônica: a Sífilis. Essa é transmitida, principalmente, por via sexual, possuindo como agente causador o bacilo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de elevada patogenicidade, com manifestações cutâneas periódicas suscetíveis a períodos de latências na Sífilis (BARBOSA et al., 2017).

Apresenta também transmissão vertical (via placentária), da mãe para o concepto, em qualquer período da gestação ou estágio clínico da enfermidade em mulheres não tratadas ou o foram inadequadamente (GOMES, 2013). Tal ocorrência pode resultar em abortamentos, perdas fetais tardias, morte dos neonatos, neonatos doentes ou sem presença de sintomas, que evoluem com complicações graves, caso não tratados (DOMINGUES, 2014). Outros modos de transmissão podem ser por via indireta (objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (ALESSANDRA, 2014).

A Sífilis Gestacional possui diagnóstico simples e de fácil tratamento/cura, o que contribui para a quebra da cadeia de transmissão do bacilo, haja vista os cuidados precoces no período relativo ao pré-natal e a utilização de recurso terapêutico adequado às gestantes e, conseqüentemente de seus parceiros diagnosticados com sífilis, apresentam-se como condições fundamentais para prevenção e redução da incidência de Sífilis Congênita. Entretanto, apesar de ser uma doença simples e de tratamento eficaz, mantém valores epidemiológicos significativos, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento (BARBOSA et al., 2017).

Estima-se que, anualmente, 1,8 milhão de gestantes sejam infectadas pela sífilis no mundo e que menos de 10% sejam diagnosticadas e tratadas. Do todo, quinze países são considerados prioritários para se controlar a sífilis congênita, dentre eles está o Brasil, devido ao seu contingente populacional e à prevalência de sífilis gestacional (KLAUSNER, 2013).

O principal fator responsável pela alta incidência mundial de sífilis congênita é uma inadequada assistência pré-natal. Também associam sua ocorrência à pobreza, à infecção pelo HIV, ao abuso de drogas e ao baixo uso do sistema de saúde. Já os fatores de risco individuais são as gestantes na adolescência, de raça/cor não branca, com baixa escolaridade, história de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), inclusive história de sífilis em alguma gestação anterior, de inúmeros parceiros e de baixa renda. Além da garantia do acesso ao serviço de saúde, contudo, a qualidade de uma assistência pré-natal e o momento do parto são determinantes para minorar a incidência de sífilis congênita (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Verificado a presença dos fatores predisponentes ao desenvolvimento da sífilis gestacional e suas complicações, acredita-se que os estados que compõe a Região Nordeste do Brasil apresentam elevadas taxas destas manifestações. Dentre os quais merece destaque o estado da Paraíba, que vem apresentando aumento no número de notificações de sífilis congênita e gestacional, principalmente, motivado pelo fortalecimento do serviço pré-natal agregado a Rede Cegonha (PARAÍBA, 2016). Esta Rede tem como um dos seus objetivos melhorar a qualidade da assistência à criança e à mulher, de modo que facilite o acesso ao diagnóstico e forneça o tratamento adequado da sífilis na gestante (CARDOSO et al., 2018)

Com base nesta caracterização de susceptibilidade, observa-se que municípios do interior do Nordeste brasileiro, como Cajazeiras-PB, apresentam elevado potencial para ocorrência desta patologia em gestantes. Logo, retratar seu perfil epidemiológico representa a possibilidade de atuar de forma mais eficaz na prevenção ou no tratamento da sífilis em gestantes, afim de evitar as complicações provocadas por ela.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o quadro epidemiológico da sífilis gestacional no município de Cajazeiras-PB.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer, comparativamente, uma relação entre os dados epidemiológicos apresentados no município de Cajazeiras com as demais esferas de divisão administrativa (estadual e nacional) e geográfica (regional);
- Analisar os fatores que contribuem para a prevalência de sífilis em gestantes no município;
- Identificar os padrões de ocorrência da sífilis gestacional e a suscetibilidade a desencadear sífilis congênita;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SÍFILIS EM GESTANTES: CARACTERIZAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E CONSEQUÊNCIAS

A sífilis trata-se de um processo patológico infeccioso sistêmico que tem como agente causador a espiroqueta *Treponema pallidum*, cuja evolução é crônica e, em muitos casos, assintomática, tendo como modos de transmissão as vias sexual, vertical (sífilis congênita) e transfusão sanguínea (LAFETÁ et al., 2016).

Caso a infecção ocorra durante a gestação, esta passa a ser denominada de sífilis gestacional, classificada de acordo com suas manifestações clínicas (primária, secundária, latente e terciária) ou tempo de infecção (recente ou tardia). Para se estabelecer o diagnóstico de sífilis primária é necessário que se visualize uma lesão ulcerada na região genital, que se apresenta indolor e de fundo limpo, denominada cancro duro (BRASIL, 2015-A).

Classifica-se como sífilis secundária quando estão presentes erupções cutâneas que surgem entre seis semanas a seis meses após a infecção. Já na forma latente não são observados sinais e sintomas clínicos. Por suas características, pode ser dividida em recente (menos de um ano de infecção) e tardia (mais de um ano de infecção). A sífilis terciária se manifesta na forma de inflamação e destruição tecidual (TREVISAN et al., 2018).

A chance de ocorrência da transmissão vertical depende da idade gestacional em que há a exposição fetal e do estágio da infecção materna, onde se observa uma taxa entre 70 e 100% de transmissão vertical em gestantes com sífilis recente (diagnóstico após período de evolução inferior a um ano) e de 30 a 40% nos casos da tardia (diagnóstico após período de evolução superior a um ano). Destaca-se que há maior risco de transmissão quando a sífilis é primária ou secundária (NASCIMENTO et al., 2012).

Tanto o número de casos de sífilis congênita quanto de gestacional podem ser evitados e/ou estabilizados através de ações e medidas eficazes realizadas durante o acompanhamento pré-natal, através da realização dos testes sorológicos (VDRL - Venereal Disease Research Laboratory) no primeiro e terceiro trimestre de gestação e por meio do tratamento adequado da gestante e do seu parceiro, que é realizado através da administração de penicilina G benzatina como medicação de

primeira escolha (TREVISAN et al., 2018). Caso a gestante não tenha recebido tratamento para sífilis na gestação, o VDRL também deve ser realizado antes do parto para garantir que o recém-nascido seja tratado precocemente (RAMOS; BONI, 2018).

As mudanças na sociedade relacionadas ao comportamento sexual e o surgimento da pílula anticoncepcional, na década de 1960, contribuíram para que o número de casos de sífilis aumentasse (COSTA et al., 2017). No panorama mundial atual, observa-se que a sífilis é uma doença reemergente, com destaque para a América Latina, África, alguns países asiáticos, Itália e Estados Unidos (LAFETÁ et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2010 um estudo em que foi estimada a ocorrência de 11 milhões de novos casos de infecção por *Treponema pallidum* em adultos na faixa etária de 15 a 49 anos, com o continente africano apresentando maior incidência (COSTA et al., 2017).

Quanto ao Brasil, a OMS estima que ocorrem, anualmente, cerca de 937 mil casos de infecção por sífilis na população sexualmente ativa. Porém, como a sífilis adquirida não é de notificação compulsória, impossibilita estimativas mais precisas e, conseqüentemente, favorece à subnotificação. Baseado no que se tem de registro, a partir da década de 1940, foi observado queda na incidência da enfermidade devido a descoberta da penicilina. Porém, apesar das melhorias dos métodos de diagnóstico e do baixo custo do tratamento, que estão disponíveis na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos anos o número de casos da sífilis tem atingido números alarmantes em todo o país, motivado principalmente pela diminuição das práticas seguras de sexo (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

No que se refere à sífilis em gestantes, o Ministério da Saúde relata que, anualmente, 50 mil parturientes possuem o diagnóstico de sífilis, tendo variação de 1,1 a 11,5% quanto à prevalência, com base no amparo pré-natal e no nível de instrução materna (COSTA et al., 2017). Uma maior prevalência de sífilis é estimada em mulheres com menos de oito anos de escolaridade, que se declararam pretas ou pardas, mulheres sem pré-natal e naquelas atendidas em serviços públicos ou mistos (DOMINGUES et al., 2014). Como resultado final se tem que, ao ano, cerca de 12 mil nascidos vivos têm sífilis congênita no País (COSTA et al., 2017).

Controlar a sífilis é umas das metas do Pacto pela Saúde que o Brasil realiza, dentro de uma lógica propagada pela OMS, que projetava a eliminação da sífilis congênita até o ano de 2015. Porém, apesar dessa projeção, identificam-se estudos que verificam, em várias regiões do País, as dificuldades no controle desta infecção (LAFETÁ et al., 2016).

No que concerne à América Latina e ao Caribe, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que, por ano, 330 mil gestantes com testagem treponêmica positiva não recebam, durante as consultas de pré-natal, o tratamento para a doença e que cerca de 66% dos casos de sífilis em gestantes resultam em sífilis congênita. Nos países que compõe essas regiões, o ano de 2010 apresentou, apenas, 61% de cobertura do diagnóstico da sífilis nas gestantes que realizaram o pré-natal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Alguns fatores de risco associados à infecção congênita são: a não realização de pré-natal; a gravidez na adolescência; a aplicação ou o consumo de drogas ilícitas, principalmente crack e/ou cocaína, pela mãe ou pelo parceiro; a multiparidade; a baixa escolaridade e nível socioeconômico; a ausência de parceiro sexual fixo ou a existência de múltiplos parceiros; o acesso limitado aos serviços de saúde e a presença de outras ISTs na mulher ou no parceiro (ALESSANDRA, 2014).

A sífilis materna, dentre outras, representa uma importante causa, potencialmente evitável, de óbito fetal e de outros resultados perinatais adversos, cuja ocorrência verifica-se, principalmente, nas regiões menos desenvolvidas do mundo (NASCIMENTO et al., 2012).

Algo que vem contribuindo negativamente, tanto para o diagnóstico quanto para a conscientização da mãe sobre a importância da investigação e do acompanhamento da criança, é o fato da maioria dos neonatos infectados pela sífilis não apresentarem manifestações clínicas ao nascer pois é no decorrer dos primeiros anos de vida que tais sinais podem surgir, sejam como lesões progressivas articulares, dentárias e oculares, sejam como sequelas irreversíveis (surdez e déficit de aprendizagem, dentre outras). Ao se avaliar de forma ampla, números alarmantes e de maior gravidade são observados. Dentre esses, cerca de 80% apresentam desfechos desfavoráveis, dos quais 40% resultam em óbito fetal, 20% em morte perinatal e, nos 20% restantes, em infecção congênita (FELIZ et al., 2016).

Na ocorrência de infecção recente não tratada, estima-se que um quarto das gestações terminam em aborto tardio ou em óbito fetal; cerca de 11% findam em

óbito neonatal de recém-natos a termo; 13% acabam em parto prematuro ou resultam em neonato de baixo peso; e apenas 20% apresentam sinais clínicos de sífilis congênita (NASCIMENTO et al., 2012).

Sabe-se que, no recém-nascido assintomático, o diagnóstico da sífilis congênita ainda é complicado pela impossibilidade de cultivar o *Treponema pallidum* e pela presença dos anticorpos maternos (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015). Logo, para que se identifique e monitore tais indivíduos, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu critérios de diagnóstico de sífilis congênita para que sejam observados ao nascimento e durante todo processo do seguimento ambulatorial (FELIZ et al., 2016).

Inicialmente, o recém-nato de uma gestante que teve sífilis não é considerado como infectado ou como um caso definido de sífilis congênita se o tratamento materno anterior, ou no intercurso da gestação, tiver sido adequado e devidamente documentado durante todo o acompanhamento pré-natal, somado à realização de todos os testes diagnósticos apropriados (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

O primeiro critério estipula uma definição de caso mais ampla, baseando-se em investigações de caráter epidemiológico, radiológico e clínico-laboratorial. Um segundo, mais direcionado a questão epidemiológica, leva em conta, principalmente, o tratamento materno durante a gestação (período do pré-natal) e tem como objetivo abranger o maior número de recém-nascidos sob suspeita, afim de que se indique o tratamento o mais precoce possível, quando eles têm acesso à assistência ainda no ambiente hospitalar da maternidade. Outro critério se refere ao prazo estipulado para que se estabeleça o diagnóstico na criança, o qual deve acontecer durante o seguimento clínico e laboratorial, com idade limite para tal determinada até 18 meses completos de vida (FELIZ et al., 2016).

Apesar de tais critérios, todos os recém-natos com possibilidade de sífilis congênita devem ser submetidos a vários procedimentos diagnósticos (incluindo punção lombar; exames radiológicos; e, em determinados casos, permanecer hospitalizados por um período mínimo de 10 dias para tratamento), já que as gestantes com sífilis sem um adequado tratamento têm entre 40 e 100% de chance de transmitir a infecção ao feto (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

Em termos epidemiológicos, não se deve esquecer de que a sífilis congênita é referenciada como um indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma

determinada população, o que define o motivo de buscar a garantia de que todas as gestantes tenham adequado acesso ao pré-natal (LAFETÁ et al., 2016).

O Ministério da Saúde, então, determina que toda criança exposta à sífilis na gestação, mesmo sendo, ou não, tratada no período neonatal, deve ser acompanhada ambulatorialmente. Entretanto, o que se têm na realidade, no tocante ao seguimento, é que este, no Brasil, não condiz com a importância do tema (FELIZ et al., 2016). Fato reforçado pela, não rara, ocorrência de gestações sucessivas de uma mesma mulher com histórico de sífilis resultarem em novos casos de sífilis congênita, seja reinfecção ou persistência da sífilis materna (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

O estudo de Hebmuller; Fiori; Lago (2015) destaca ainda que a falta de documentação comprovando o tratamento anterior é um dos principais contribuintes para a ocorrência de sífilis congênita, demonstrando a importância da Carteira da Gestante, um documento nacional que deveria ser mais valorizado e acompanhar a mulher ao longo da vida.

Observando tal cenário, considera-se a notificação compulsória como uma forma de disponibilizar dados suficientes relacionados à sífilis afim de que se permita uma análise que possibilite intervenções para sua redução e/ou de suas consequências. Partindo deste princípio, a notificação da sífilis em gestantes tem como objetivo reduzir a sua incidência até que se consiga a eliminação da sífilis congênita, resultante da transmissão vertical do bacilo (SARACENI; MIRANDA, 2012).

2.2 O IMPACTO DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS

A sífilis congênita passou a ser de notificação compulsória em 1986, assinada em acordo internacional pelo Ministério da Saúde. Sua ficha de investigação sofreu alterações com o decorrer dos anos, para que se melhorasse a detecção e o seguimento do processo de erradicação da doença. Já a sífilis na gestante passou a ser de notificação compulsória em 2005 (*Portaria MS/SVS nº. 33*), mas, somente no ano de 2007 a ficha de investigação foi liberada para digitação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Apesar dos esforços despendidos pelo Ministério da Saúde para o controle da doença, grande entrave para tal feito advém das barreiras de ordem demográfica,

socioeconômica e comportamental, além daquelas relacionadas à qualidade da assistência à saúde (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

Devido a tais barreiras e a história natural da doença, no contexto da sífilis em gestante, o processo de investigação ocorre na atenção primária, dada a conjuntura de ser esse o cenário em que tanto o diagnóstico da doença quanto a assistência pré-natal se desenvolvem. Logo, é na atenção primária que ocorrem as fases da notificação e de investigação do caso, e que encontra no cuidado pré-natal o momento adequado de intervir no desenvolvimento de sífilis congênita. (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Contudo, busca-se não só assegurar a detecção precoce da infecção como uma maneira de se garantir o recurso terapêutico em tempo satisfatório, mas também uma adequada aderência à vigilância/tratamento por meio de uma eficiente rede formada entre as diferentes instituições envolvidas no seguimento das gestantes (MAGALHÃES et al., 2017).

O fortalecimento da rede se faz com estudos, e dentre estes se encontra o Estudo Sentinela Parturiente, realizado em 2004, que possibilitou ao Ministério da Saúde estimar a prevalência de sífilis em gestantes no Brasil, por macrorregiões. Desde então, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) vem desenvolvendo seu trabalho com um número presumido de casos, a partir da prevalência estimada com base no número de nascidos vivos. Com isso, os casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita se constituem indicadores da Pactuação de Ações da Vigilância em Saúde (PAVS) e do Pacto pela Vida, Saúde e Gestão (SISPACTO). Estas metas revelam o interesse político do Ministério da Saúde em galgar a eliminação da sífilis congênita, ou seja, atingir a meta de 0,5 casos de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Estes indicadores reforça o fato de que a sífilis congênita é uma doença evitável e que encontra, nas práticas rotineiras realizadas na assistência pré-natal, estratégias efetivas para a prevenção de novos casos. Os óbitos por sífilis congênita em menores de cinco anos são considerados evitáveis, dado os recursos assistenciais que o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe (DOMINGUES et al., 2013). Por isso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser utilizada como a alternativa de aproximação da população, visto que é a principal porta de entrada para os serviços de saúde. Ademais, tem o aporte dos agentes comunitários de saúde para realizar busca ativa às gestantes, possibilitando o vínculo entre

comunidade e serviço, favorecendo o investimento na educação continuada (LAFETÁ et al., 2016).

A realização dos testes rápidos de triagem da sífilis na Atenção Primária, regulamentados através da portaria 3.242, de 30 de dezembro de 2011, é uma ferramenta imprescindível e têm alcançado resultados positivos na detecção durante o acompanhamento pré-natal. Entretanto, é fundamental para as gestantes que seus parceiros sexuais também sejam tratados simultaneamente, com o objetivo de evitar uma reinfecção (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018)

Contudo, apesar do incremento das coberturas de pré-natal, ainda se observa uma reduzida efetividade dessas ações para a prevenção da sífilis congênita. Os resultados apresentados exacerbam a necessidade de não realizar o seguimento da ESF com base apenas em indicadores do processo, uma vez que altas coberturas de ações básicas como pré-natal podem mascarar desigualdades de acesso, além de não revelar a qualidade dessa atenção (ARAÚJO et al., 2012).

Somente quando todas essas adversidades forem sobrepujadas estaremos debutando no cumprimento às resoluções de 1948 da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS e, efetivamente, aperfeiçoando o cuidado à saúde das mulheres e das crianças. O adequado tratamento da sífilis na gestante é o único método de impedir a transmissão vertical e, conseqüentemente, a infecção congênita (LAFETÁ et al., 2016).

3 MÉTODO

O estudo desenvolvido se trata de um estudo ecológico, do tipo transversal analítico observacional, de caráter retrospectivo e possuindo abordagem quantitativa.

Este tipo de estudo aborda áreas geográficas ou blocos de população bem delimitados, de modo que analisa comparativamente variáveis globais, na maioria das vezes correlacionando indicadores de condições de vida e de situação de saúde. Tais indicadores, de cada área ou bloco, são constituídos com base em médias com referência à totalidade de sua população, que é tomada como um agregado integral (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

O presente estudo objetiva analisar, a partir de pesquisa com dados secundários, o número de casos de sífilis em gestantes no município de Cajazeiras, na Paraíba, no período de 2008 a 2017. A pesquisa se desenvolveu a partir de dados colhidos na página online do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na área correspondente ao SINAN.

Os dados colhidos fazem um recorte no tempo, caracterizando uma série histórica, do período de 2008 a 2017. Esta escolha possibilitou a avaliação de dados em um longo intervalo de tempo (10 anos), em que os registros contemplam a totalidade de dados por ano. Para tanto, após a coleta, estes foram distribuídos e organizados em planilhas eletrônicas com a utilização do programa Microsoft Office Excel 2010 e apresentados em tabelas, construídas no programa Microsoft Word 2010.

A pesquisa busca analisar as notificações de sífilis em gestantes no município de Cajazeiras de forma comparativa em relação aos registros disponíveis para o estado da Paraíba, para a região Nordeste do País e para o Brasil, utilizando como variável o número de casos confirmados e a taxa de detecção no período informado; e o número de casos e percentual por Unidade Federativa (UF) na região. Já para o detalhamento do perfil epidemiológico do município de Cajazeiras foram utilizadas como variáveis: número de casos e taxa de detecção; raça ou cor; faixa etária; escolaridade; idade gestacional; classificação clínica; e esquema de tratamento. Tais variáveis também foram relatadas para o estado da Paraíba, de modo a permitir maior nível de comparação.

Este estudo se valeu de dados secundário, logo são públicos e estão disponíveis pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS, garantindo, assim, o anonimato dos indivíduos, conforme estabelecido pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, não foi necessário o encaminhamento do presente estudo para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADOS

A análise dos dados pesquisados no SINAN mostrou que, entre os anos de 2008 e 2017, o número total de notificações relacionadas à sífilis em gestantes no Brasil vem crescendo paulatinamente a cada ano que se sucede. Neste período foram registrados 223.302 casos (Tabela 1), sendo 49.028 apenas no ano de 2017 (cerca de 21,9% do número total), o que corresponde a um aumento percentual de aproximadamente 571% quando comparado ao ano de 2008, em que foram notificados 7.306 casos.

Tabela 1 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2008-2017

Sífilis em Gestantes	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	7.306	8.372	10.051	13.742	16.429	20.906	26.593	32.721	38.154	49.028
Taxa de detecção	2,5	2,9	3,5	4,7	5,7	7,2	8,9	10,8	12,6	16,2
TOTAL: 223.302	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SINAN, 2008-2017.

Com base nos dados, pode-se afirmar que a partir de 2013 o País passou a sofrer com um quadro de epidemia de sífilis em gestantes, o que se comprova pela taxa de detecção de 7,2 por cada 1.000 nascidos vivos. Contudo não se pode afirmar definitivamente se tal fato se dá por um aumento do número de casos de sífilis em gestantes, ou simplesmente por um aumento no número de notificações realizadas.

Quando são avaliadas as notificações por região geográfica do País neste período (Tabela 2), identifica-se a região Nordeste como a segunda com maior número de casos de gestantes com sífilis em valores absolutos, totalizando 43.900 registros (19,66%), sendo superado apenas pela região Sudeste que contempla 103.732 registros (46,46%) no mesmo período. As regiões Sul, Norte e Centro-Oeste, em ordem decrescente de notificações, somadas, são responsáveis por menos de 34% dos registros de sífilis gestacional.

Tabela 2 – Casos e percentual de gestantes com sífilis por região do país. Brasil, 2008-2017

Sífilis em Gestantes	Total	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Casos	223.302	19.531	43.900	23.009	103.732	33.041
Percentual (%)	100	8,76	19,66	10,31	46,46	14,81

Fonte: SINAN, 2008-2017

Dos estados que compõe o Nordeste brasileiro, a Bahia é o estado com o maior número de notificações, em valores absolutos, com 13.314 registros, algo em torno de 30,33% do total (Tabela 3). Observa-se que a Paraíba é o quinto estado com o maior número de notificações; ao todo são 2.910 registros, uma representatividade em torno de 6,63% da região.

Tabela 3 – Casos e percentual de gestantes com sífilis por estado da região Nordeste do país. Brasil, 2008-2017

Sífilis em Gestantes	Total	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE
Casos	43.900	2.703	13.314	6.708	4.788	2.910	6.869	1.854	2.036	2.718
Percentual (%)	100	6,15	30,33	15,28	10,91	6,63	15,65	4,22	4,63	6,2

Fonte: SINAN, 2008-2017.

Do total de casos, percebe-se que houve uma flutuação ao longo destes 10 anos (Tabela 4), com destaque para um aumento vertiginoso de notificações entre os anos de 2010 e 2011, saltando de 175 para 302 notificações, respectivamente, representando um aumento de cerca de 72%.

Tabela 4 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis na Paraíba por ano de diagnóstico. 2008-2017

Sífilis em Gestantes	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	2910	158	154	175	302	298	417	298	368	250	490
Taxa de detecção	-	2,5	2,6	3	5,1	5,2	7,3	5,2	6,2	4,2	8,3

Fonte: SINAN, 2008-2017.

No ano de 2013, assim como foi registrado nos dados do Brasil, a taxa de detecção atingiu níveis compatíveis com quadro de epidemia, com 7,3 casos para 1.000 nascidos vivos. Outro significativo aumento se deu entre os anos de 2016 e 2017 (ano com maior número de registros e maior taxa de detecção), quando houve uma elevação de 250 para 490 casos, quase que dobrando o número total (acréscimo de 96%).

Dentre os municípios paraibanos, Cajazeiras registrou 68 casos de sífilis em gestantes neste intervalo de 10 anos (Tabela 5). Pôde-se notar que não foram registrados casos de gestantes com sífilis nos anos de 2008 e 2009; e que a partir do ano de 2011 houve uma curva crescente no número de notificações, em níveis de taxa de detecção que apontam a epidemia de sífilis em gestantes que se alastrou por seis anos (entre 2011 e 2016), atingindo o ápice entre os anos de 2013 e 2014, com 12 casos (17,65%) cada e taxas de detecção de 13,5 e 14,3; respectivamente.

Tabela 5 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico em Cajazeiras-PB. 2008-2017

Sífilis em Gestantes	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	68	0	0	2	9	11	12	12	10	7	5
Taxa de detecção	-	0	0	2,3	10,2	12,1	13,5	14,3	10,3	7,2	5,1

Fonte: SINAN, 2008-2017.

Afere-se, contudo, que a partir deste momento há uma tendência decrescente quanto ao número de notificações, fomentando em 2017 com o menor registro desde 2010, que contabilizou cinco casos (7,35%), algo que destoou da tendência apresentada no estado.

Quanto às notificações referentes à raça ou à cor (Tabela 6), observa-se que das 68 gestantes, 47 se autodeclararam como pardas (69,11%); 13 como brancas (19,11%); quatro como pretas (5,88%); e quatro não foram relatados (5,88%).

Tabela 6 - Casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico em Cajazeiras-PB. 2008-2017

Raça ou Cor	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Branca	13	-	-	2	1	2	1	3	2	2	-
Preta	4	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-
Amarela	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parda	47	-	-	-	7	9	10	6	6	4	5

Fonte: SINAN, 2008-2017.

Esta faixa também é a de maior número de notificações na Paraíba, com 1.560 registros, tendo o ano de 2017 como maior destaque com 263 casos neste quadro etário (Tabela 9).

Tabela 9 - Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico na Paraíba. 2008-2017

Faixa Etária	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10 a 14 anos	52	3	3	-	4	7	7	6	7	6	9
15 a 19 anos	678	25	33	38	66	62	113	76	83	58	124
20 a 29 anos	1.560	96	83	84	160	166	219	159	193	137	263
30 a 39 anos	561	30	30	47	63	58	74	54	74	45	86
40 anos ou mais	59	4	5	6	9	5	4	3	11	4	8
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SINAN, 2008-2017.

Chama atenção o número de notificações em gestantes com idade entre 15 e 19 anos em Cajazeiras, a segunda maior dentre as faixas etárias com 16 casos, cerca de 2,35% do total de casos para a mesma idade no estado, o que permite cogitar maior comportamento de risco para ISTs por parte das adolescentes e adultos jovens.

A faixa etária entre 30 e 39 anos apresentou 14 casos, de distribuição uniforme ao longo deste período. Apenas um caso foi registrado em gestantes com 40 anos ou mais, que ocorreu no ano de 2015, quando foi registrado o maior número de notificações na Paraíba (11 casos).

No que se refere ao nível de escolaridade das gestantes com sífilis, a Tabela 10 mostra que 46 das 68 notificações (cerca de 67,6%) ignoraram este critério, seguindo uma tendência estadual (a Tabela 11 mostra que 976 notificações ignoraram este critério, algo em torno de 33,5% do total), o que acaba por dificultar uma análise mais precisa do impacto do fator socioeducativo em relação ao nível de exposição a esta IST pelas gestantes cajazeirenses. O que se pode destacar é que no ano de 2013, que possui a segunda maior taxa de detecção (13,5) no período, nenhuma das 12 notificações informou o grau de escolaridade da gestante, fato que prejudica a tomada de iniciativa em busca de reverter esta situação.

Tabela 10 - Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico em Cajazeiras-PB. 2008-2017.

Escolaridade	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Analfabeto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1ª a 4ª série incompleta	6	-	-	-	1	1	-	2	1	1	-
4ª série completa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5ª a 8ª série incompleta	9	-	-	-	2	-	-	2	1	4	-
Fundamental Completo	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Médio Incompleto	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Médio Completo	4	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-
Superior Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Superior Completo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não se aplica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	46	-	-	2	5	7	12	7	7	2	4

Fonte: SINAN, 2008-2017

Dos 22 casos em que o nível de escolaridade foi relatado, 15 deles referem-se ao fundamental incompleto (68,18%); dois ao fundamental completo (9,09%); um ao médio incompleto (4,54%); quatro ao médio completo (18,18%); e nenhum deles ao ensino superior, seja completo ou incompleto, ou ao analfabetismo. Com base nestes dados, pode-se perceber que níveis de escolaridade mais baixos parecem aumentar a susceptibilidade da ocorrência de infecção gestacional pelo *Treponema pallidum*, muito embora não se tenha registro de sífilis em gestantes analfabetas. Logo, não se pode afirmar com clareza esta relação devido ao grande percentual de notificações que ignoraram este critério.

Tabela 11 - Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico na Paraíba. 2008-2017.

Escolaridade	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Analfabeto	44	5	1	5	5	5	10	6	2	1	4
1ª a 4ª série incompleta	336	27	1	32	47	56	36	32	41	21	43
4ª série completa	200	13	10	25	24	20	23	24	28	9	24
5ª a 8ª série incompleta	596	23	33	21	72	80	61	69	74	55	108
Fundamental Completo	277	7	22	18	31	22	19	18	61	36	43
Médio Incompleto	202	3	19	8	23	18	26	20	21	21	43
Médio Completo	232	9	6	17	12	28	21	36	37	20	46
Superior Incompleto	15	1	0	0	1	1	1	1	1	2	7

Superior Completo	15	1	1	1	5	0	1	2	0	2	2
Não se aplica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	976	69	44	48	82	68	219	90	103	83	170

Fonte: SINAN, 2008-2017

Considerando a idade gestacional, a maioria dos diagnósticos foram estabelecidos durante o terceiro trimestre de gestação, um total de diagnósticos de 44 casos, sendo a maior parte desses no ano de 2013, com 10 registros (Tabela 12).

Tabela 12 - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico em Cajazeiras-PB. 2008-2017

Idade Gestacional	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1° Trimestre	11	-	-	-	2	1	2	-	1	3	2
2° Trimestre	11	-	-	-	1	2	-	3	2	1	2
3° Trimestre	44	-	-	2	6	8	10	8	7	3	-
Idade gestacional ignorada	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SINAN, 2008-2017

Tal fato contribui de forma significativa para a ocorrência de sífilis congênita tardia, trazendo consequências desastrosas para o feto em desenvolvimento. Um ponto a ser observado nessa questão diz respeito a uma possível falha no acompanhamento pré-natal das gestantes, que contribuiria com a identificação tardia deste processo infeccioso, algo que comprova ser uma problemática de todo o estado ao averiguarmos os dados da Tabela 13.

Tabela 13 - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico na Paraíba. 2008-2017

Idade Gestacional	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1° Trimestre	502	25	24	23	41	38	60	57	63	54	117
2° Trimestre	807	42	31	47	63	71	115	97	118	63	160
3° Trimestre	1.392	78	80	87	169	138	231	128	175	117	189
Idade gestacional ignorada	209	13	19	18	29	51	11	16	12	16	24
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SINAN, 2008-2017

Os diagnósticos de sífilis no primeiro e segundo trimestre de gestação em Cajazeiras apresentaram padrão de ocorrência e distribuição semelhantes, ambos

totalizando 11 notificações. Deve-se destacar a presença de dois registros de sífilis gestacional em que foi ignorada a idade gestacional, sendo um caso em 2014 e outro em 2017. A ausência desta especificação, bem marcante na Paraíba (7,18% dos casos), dificulta que novos estudos possam correlacionar a classificação da sífilis congênita (precoce ou tardia) com o período do diagnóstico na gestação.

Voltando-se para a epidemiologia de sífilis quanto a sua classificação clínica é possível visualizar na Tabela 14 o elevado número de notificações que ignoraram este critério (39 dos 68 registros – 57,35%) em Cajazeiras, superando percentualmente a taxa estadual (957 dos 2.190 registros – 32,88%), como pode ser analisada na Tabela 15.

Tabela 14 - Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico em Cajazeiras-PB. 2008-2017.

Classificação Clínica	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sífilis Primária	18	-	-	1	2	2	1	4	2	4	2
Sífilis Secundária	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Sífilis Terciária	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Sífilis Latente	8	-	-	-	2	1	5	-	-	-	-
Ignorado	39	-	-	1	5	8	5	7	7	3	3

Fonte: SINAN, 2008-2017

Tabela 15 - Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico na Paraíba. 2008-2017.

Classificação Clínica	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sífilis Primária	1.207	41	90	98	84	88	129	122	197	148	172
Sífilis Secundária	175	11	7	10	14	15	24	22	13	20	31
Sífilis Terciária	142	4	3	13	13	10	17	18	20	15	24
Sífilis Latente	533	75	28	10	99	67	97	34	23	10	70
Ignorado	957	27	26	44	92	118	150	102	115	57	193

Fonte: SINAN, 2008-2017

A maior parte dos dados ignorados compõe o período que caracteriza a epidemia de sífilis em gestantes, entre 2011 e 2015, com destaque para os oito casos do ano de 2012. A ausência destes dados é considerado como fator de impacto negativo para a tomada de medidas públicas em prol de solucionar esta problemática.

Dos casos averiguados quanto à classificação clínica há predominância da sífilis primária nas gestantes (18 dos 29 registros – 62%), distribuídos de forma equilibrada ao longo dos anos, com maior prevalência nos anos de 2014 e 2016 (quatro casos cada). Este dado preocupa devido ao elevado índice de infectividade para o feto cuja genitora possui essa condição, culminando em interrupção espontânea da gestação ou na ocorrência de sífilis congênita, se não tratada adequadamente.

Apenas duas notificações de sífilis secundária em gestantes de Cajazeiras foram realizadas neste período; além de uma de sífilis terciária; e oito de sífilis latente, com maior registro no ano de 2013 (cinco casos). Esta última condição é considerada de menor risco para desenvolver complicações na gestação e para a ocorrência de sífilis congênita. O padrão de distribuição destas formas clínicas acompanha a estimativa estadual.

Na análise do tipo de esquema de tratamento adotado para as gestantes com sífilis em Cajazeiras, evidencia-se na Tabela 16 que não há qualquer registro de tratamento para as gestantes até o ano de 2013, algo que se repete na Paraíba (Tabela 17), tornando o controle da saúde pública deficitário em seu seguimento.

Tabela 16 - Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico em Cajazeiras-PB. 2008-2017

Esquema de tratamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Penicilina	-	-	-	-	-	-	12	9	7	5
Outro esquema	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não realizado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorada	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-

Fonte: SINAN, 2008-2017

Tabela 17 - Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico na Paraíba. 2008-2017

Esquema de tratamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Penicilina	-	-	-	-	-	-	244	315	222	-
Outro esquema	-	-	-	-	-	-	15	11	8	-
Não realizado	-	-	-	-	-	-	16	18	12	-
Ignorada	-	-	-	-	-	-	23	24	8	-

Fonte: SINAN, 2008-201

Já nos anos subsequentes é possível observar que quase a totalidade das gestantes foram tratadas com penicilina, à exceção de uma notificação que foi

ignorada no ano de 2015. Com isso, não é possível determinar se houve uma subnotificação do esquema de tratamento utilizado entre os anos de 2010 e 2013, ou se realmente 50% das gestantes cajazeirenses não foram tratadas adequadamente neste período.

É necessário chamar atenção para uma contradição apresentada nos dados fornecidos pelo DATASUS, pois os dados expostos referem que, em Cajazeiras, foram realizadas cinco notificações de gestantes em tratamento com penicilina no ano de 2017, contudo, para o mesmo ano, os dados referentes à Paraíba não expõe qualquer valor numérico. Logo, a análise destes registros podem sofrer alterações a partir do momento que atualizações possam ser realizadas.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou um aumento no número de notificações de sífilis gestacional no Brasil nesta década. Uma das hipóteses para este aumento se deve à ampliação do uso de testes rápidos em gestantes e a uma mudança comportamental, em que se observa diminuição do uso de métodos contraceptivos, sobretudo preservativos, como indicam os dados nacionais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Ao longo deste tempo, tal aumento é atribuído não somente ao número de casos que se multiplicaram, mas também à melhoria das ações de vigilância epidemiológica para melhor identificação e abordagem dos eventos suspeitos da doença. Dessa forma, observa-se uma redução no número de subnotificações (SOUZA; BENITO, 2016).

Contudo, apesar da melhora destes índices no Brasil, estima-se que as notificações de sífilis no período gestacional representam apenas 32% do total de casos existentes, demonstrando considerável grau de falha neste processo (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Em saúde pública, o rastreio de sífilis na gestação é considerado uma das atividades com melhor padrão quando se estabelece relação entre custo e efetividade. Inúmeros avanços tecnológicos corroboram para alcançar o diagnóstico de forma mais ágil e para o adequado tratamento da gestante, entretanto, o controle da sífilis na gestação continua sendo um desafio para a atenção pré-natal (SARACENI, 2017).

No Brasil, a cobertura pré-natal é superior a 95%. No entanto, sabe-se que altas taxas desta cobertura não significam, necessariamente, qualidade e adequação assistencial. Os 5% restantes correspondem às gestantes sem qualquer acompanhamento pré-natal, que constituem uma população em condição de vulnerabilidade social e manifestam maior prevalência de sífilis na gestação (DOMINGUES et al., 2014).

O maior entrave para a diminuição de casos da doença e para um tratamento precoce e adequado é a dificuldade de prevenção (LAFETÁ et al., 2016). Um fator que contribuiu de forma negativa para a prevenção da sífilis gestacional foi, segundo dados nacionais, a falta de medicamento em 60% dos estados no início do ano de 2016 motivado por disputas de mercado para elevar o preço do produto,

umentando sobremaneira a dificuldade da terapêutica dessa doença (VÁSQUEZ, 2018).

A sífilis congênita, complicação símbolo da ineficácia de assistência à gestante com sífilis, apresenta uma estimativa de 12 mil recém-nascidos portadores da doença a cada ano no Brasil, não apresentando diferenças significativas quando comparado às regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2016). Logo, pode-se inferir que a transmissão vertical da doença ainda se mantém constante em todo território nacional, confirmando a baixa qualidade assistencial na atenção pré-natal (LEITE et al., 2016).

Em termos epidemiológicos, o presente estudo demonstrou que o estado da Paraíba apresentou aumento no número de registros da sífilis gestacional, seguindo uma tendência nacional. A cidade de Cajazeiras possui panorama similar, definindo um perfil de acometimento semelhante ao encontrado em outras cidades do interior do Nordeste, como também foi observado no estudo de Marques *et al.* (2018) desenvolvido na cidade de Sobral, interior do Ceará.

Dentre as variáveis analisadas em Cajazeiras, constatou-se que a maior parte das notificações, quanto à classificação clínica, foram representadas pela sífilis primária. Tal fato sugere um alarmante número de registros equivocados quanto à fase classificação, uma vez que a manifestação primária é de difícil diagnóstico, podendo não causar sintomas ou apenas apresentar lesões em locais cuja visualização é dificultada. O que se espera no rastreamento é que a fase latente da doença seja mais incidente (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017). A relevância da classificação clínica se deve a sua correlação com o risco de transmissão vertical, que é maior na sífilis primária e secundária (MARQUES et al., 2018).

O diagnóstico da sífilis é, principalmente, sorológico, já que a maioria das pessoas infectadas encontra-se na fase latente da doença. Logo, é de suma importância que todas as gestantes sejam testadas já na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, devendo repetir a sorologia no início do terceiro trimestre (por volta das 28 semanas) para que, se necessário, a terapêutica adequada seja instituída em tempo oportuno (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Em 2011 o governo brasileiro lançou a Rede Cegonha, provocando um aumento significativo da capacidade de triagem para sífilis mediante a incorporação

de testes sorológicos de execução ágil na atenção básica, a serem realizados durante o acompanhamento pré-natal (TREVISAN et al., 2018).

Além do teste rápido para diagnóstico de sífilis, também podem ser solicitados testes não treponêmicos, como o VDRL. Em caso de teste positivo, recomenda-se realizar um teste treponêmico na gestante bem como no(s) parceiro(s). Se não reagente, deve-se descartar a hipótese de sífilis e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez ou outras infecções (CARDOSO et al., 2018).

Porém, em caso de positividade é indicado iniciar o tratamento para a gestante e para seu parceiro, algo de suma importância para se alcançar a cura da sífilis gestacional e prevenir a transmissão vertical (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No que diz respeito à época do diagnóstico, o estudo realizado em Cajazeiras mostrou que a maior parte dos diagnósticos de sífilis ocorreram tardiamente, no terceiro trimestre de gestação, aproximando-se dos resultados encontrados pelo estudo de Cavalcante; Pereira; Castro (2017) na cidade de Palmas, Tocantins.

O montante da infecção diagnosticada ao final da gestação está possivelmente relacionado à procura indolente do pré-natal e aos problemas graves relacionados à qualidade da assistência gestacional (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Para agravar o quadro, adiciona-se o fato de que a identificação tardia da doença na gestante se relaciona ao pior prognóstico para conclusão do tratamento em tempo hábil, prejudicando a prevenção da transmissão vertical (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

No período gestacional, a penicilina G benzatina é a única medicação eficaz contra a transmissão vertical e para o tratamento da sífilis congênita (BRASIL, 2015-B). E este fármaco foi o único utilizado para tratar as gestantes cajazeirenses no período analisado.

Contudo, o tratamento adequado da sífilis gestacional não se limita ao uso da medicação adequada, mas também à dose adequada, uma vez que a caracterização clínica da sífilis demanda uma quantidade individualizada de penicilina. Na sífilis terciária e latente tardia, o tratamento a ser administrado se dá com uma dose semanal, durante três semanas consecutivas, enquanto a terapêutica da sífilis primária e secundária envolve uma dose única. Com isso, o tratamento da

sífilis terciária e latente tardia apresenta maior taxa de abandono, devido à sua maior complexidade (MARQUES et al., 2018).

Além da dosagem terapêutica, deve-se atentar para a necessidade de finalizar o tratamento 30 dias antes do parto, bem como a exclusão da possibilidade de reinfecção pelo parceiro (MAGALHÃES et al., 2013).

Este último fator reforça a necessidade da inclusão do parceiro sexual no pré-natal como estratégia de melhoria da cobertura de testagem e tratamento adequado. As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI) (PARANÁ, 2017). Com isso, objetiva-se a redução da transmissão vertical da sífilis congênita, principalmente após a mudança recente na definição de caso pelo Ministério da Saúde, que passou a incluir a testagem do parceiro (BRASIL, 2015).

Faz parte do tratamento, ainda, realizar pesquisas para outras ISTs, proporcionar seguimento sorológico e, principalmente, tratar o parceiro, adotando abstinência sexual até curar a doença (MARQUES et al., 2018).

Na caracterização do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes em Cajazeiras é possível identificar que ela é convergente com o estudo desenvolvido por Padovani; Oliveira; Peloso (2018), que mostrou as variáveis raça/cor não branca e baixo nível de escolaridade como estatisticamente associadas à sífilis gestacional.

No que se refere à questão racial, o estudo de Leal *et al.* (2017) observou que as mulheres pardas e pretas se concentram, predominantemente, na região Nordeste e que estas apresentam baixo acesso ao pré-natal e ao parto de qualidade, o que influencia na prevalência de casos de sífilis gestacional entre mulheres não-negras em Sobral, algo que também foi observado em Cajazeiras.

Quanto à escolaridade, a grande maioria das gestantes infectadas de Cajazeiras não possuíam o ensino fundamental completo, dados semelhantes a outros estudos similares, que relatavam tempo de escolaridade inferior ou igual a oito anos (SILVA et al., 2017).

Tal fato merece destaque, pois a baixa escolaridade materna é considerada um importante fator predisponente à exposição a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, culminando em baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e aumento do número de partos (RAMOS; BONI, 2018). É inquestionável que a baixa escolaridade está diretamente relacionada ao limitado conhecimento sobre

medidas de prevenção das ISTs, o que aponta a importância de políticas públicas para orientar essa população sobre a relevância das ações de prevenção e tratamento da doença (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

No presente estudo, identifica-se que a faixa etária de 20 a 29 anos foi a mais prevalente quanto ao acometimento pela sífilis gestacional em Cajazeiras, o que segue uma tendência apresentada em todo território nacional (BRASIL, 2016). As mulheres jovens estão mais propensas a adquirir a infecção, pois este é o período em que apresentam maior frequência de atividade sexual (SILVA et al., 2017). Além disso, a sífilis tem ressurgido em taxas alarmantes em todo o país, devido à diminuição das práticas seguras de sexo (COHEN et al., 2013).

O que chama bastante atenção é que a segunda faixa etária com maior prevalência de sífilis gestacional em Cajazeiras corresponde àquela formada por adolescentes. Isto se deve à ocorrência da relação sexual entre os adolescentes estar cada vez mais precoce e acompanhada da negligência no uso de contraceptivos, tanto para evitar uma gravidez não planejada quanto na prevenção de ISTs (FREITAS et al., 2014).

Neste contexto, dentre as medidas preconizadas pelos órgãos e autoridades de saúde para reduzir esta prevalência, podemos citar a necessidade de estratégias de saúde direcionadas à prevenção de ISTs e gravidez na adolescência (ARAÚJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015).

A sífilis é uma doença que une estigma social, desinformação, desigualdade de gênero e baixos investimentos na área da saúde pública (ALVES et al., 2016). Dados de um estudo realizado com os profissionais da atenção primária de Fortaleza mostrou a dificuldade desses no manejo da sífilis na gestante, denotando a importância de um processo de educação continuada dos mesmos (SILVA et al., 2014).

Considera-se que a melhoria da vigilância epidemiológica, avanço no diagnóstico, tratamento correto e capacitação da equipe da atenção primária são medidas essenciais e insubstituíveis para a eliminação da sífilis em gestantes (CHINAZZO; LEON, 2015). Com isso, espera-se um declínio dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, com melhoria no acolhimento, qualidade e acesso no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério (TREVISAN et al., 2018).

A limitação apresentada pelo presente estudo se deve à análise desenvolvida baseada em dados secundários, podendo estar sujeito a falhas, pois existem dados que foram ignorados na notificação, o que mostra a necessidade de melhorias no sistema de informação em todo seu processo, desde a coleta a exposição virtual. Contudo, a análise comparativa permitiu que distorções fossem minimizadas, de modo que os dados apresentados sejam correspondentes, de forma mais fidedigna, com sua representação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis em gestantes trata-se de uma problemática cuja abrangência ultrapassa as barreiras da área da saúde. Suas características, seu manejo e suas consequências fomentam a necessidade de se aplicar a multidisciplinaridade. Porém, para que seja manejada da forma adequada é necessário que suas particularidades sejam reconhecidas.

Além de identificar sua característica clínica é preciso que se compreenda, primeiramente, quais grupos populacionais mais estão sujeitos a expor-se a este processo patológico; para depois estabelecer uma correlação clínica entre os dados colhidos e os grupos de maior exposição, de modo que se construa um panorama epidemiológico preciso a partir do qual medidas públicas possam ser melhor tomadas.

Neste contexto, a avaliação do panorama epidemiológico de gestantes com diagnóstico de sífilis no município de Cajazeiras-PB, entre os anos de 2008 e 2017, mostra que houve uma crescente no número de notificações, principalmente a partir do ano de 2011, seguindo uma tendência vista no estado da Paraíba, assim como em números totais no Brasil. Contudo, o ano de 2017 apresentou um cenário diferente, com uma queda no número de registros.

O detalhamento destas notificações permite perceber que o perfil que se apresentou com maior frequência foi o da gestante com idade entre 20 e 29 anos, de cor parda, com ensino fundamental incompleto, que se apresentava clinicamente com Sífilis Primária, cujo diagnóstico se deu no terceiro trimestre de gestação e que foi tratada com penicilina. Este resumo do perfil se dá quando não se leva em consideração os casos “Ignorados”, que foram maioria nas variantes “escolaridade” e “classificação clínica”.

Analisando este perfil é possível identificar determinado grau de ineficácia do sistema público de saúde. Um ponto a ser ressaltado se refere aos inúmeros casos cujas notificações não contemplam dados importantes a serem analisados, principalmente quanto à classificação clínica, pois essa traz diferentes necessidades de atenção a depender do tipo manifestação.

Outra questão a ser analisada está diretamente relacionada aos fatores de risco para sífilis congênita, pois a predominância de sífilis primária (classificação clínica de maior virulência para acometer o feto) associado ao diagnóstico tardio

(terceiro trimestre de gestação) e a um tratamento inadequado dificultam que as medidas adequadas sejam tomadas, culminando com episódios de abortamento, perdas fetais tardias, morte neonatal e neonatos com malformações. Estes fatores de risco demonstram determinado grau de falha do acompanhamento pré-natal que associado a uma condição de vulnerabilidade social trazem a perspectiva de um agravamento ainda mais significativo do quadro.

Logo, pode-se inferir que, em Cajazeiras, assim como em toda a Paraíba, o sistema público de saúde ainda possui um árduo trabalho de melhoria na Atenção Primária a Saúde, principalmente no intuito de desenvolver um acompanhamento pré-natal de melhor qualidade afim de que o diagnóstico de sífilis seja estabelecido mais precocemente e que seja realizado o tratamento adequado, prevenindo a ocorrência de sífilis congênita. Porém, não pode ser subjugada a influência da questão social neste processo, onde a multidisciplinaridade é papel fundamental para melhor atender à população.

REFERÊNCIAS

- ALESSANDRA, B.A. *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.88-94, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- ALVES, W. A. *et al.* Sífilis congênita: epidemiologia dos casos notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**. Maceió, v. 1, n. 1, p. 27-41, 2016.
- ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3, p.479-86, jun/2012.
- ARAÚJO, T. M. E. de; ARAÚJO FILHO, A. C. A. de; FEITOSA, K. V. A. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital Nordestina. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 17, n. 4, p.1-11, 2015.
- BARBOSA, D. R. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. **Revista enfermagem UFPE**, Recife, v.11, n.5, p.1867-74, maio/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: sífilis 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em: 07 de novembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis: Relatório de Recomendação**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf>. Acesso em: 06 de setembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infec>>. Acesso em: 06 de novembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/31/2016_030_Sifilis-publicacao2.pdf>. Acesso em: 03 de novembro de 2019.
- CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.563-74, 2018.

- CAVALCANTE, P. A.; PEREIRA, R. B.; CASTRO, J. G. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-64, 2017.
- CHINAZZO, L. K.; LEON, C. A. de. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. **Boletim Científico de Pediatria**. Porto Alegre, v. 4, n. 3, p.65-9, 2015.
- COHEN, S. E. *et al.* Syphilis in the modern era:na update for physicians. **Infectious Disease Clinics of North America**. Arlington, v. 27, n. 4, p. 705-22, 2013.
- COSTA, C. V. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivo Catarinense de Medicina**. Florianópolis, v.46, n.3, p.194-202, jul-set/ 2017.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Revista Saúde Pública**, São Paulo v.48, n.5, p.766-74, out/2014.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p.147-57, 2013.
- FELIZ, M. C. *et al.* Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.19, n.4, p.727-39, 2016.
- FREITAS, E. P. *et al.* Perception of tens on sexual practice in adolescence. **Rev Psicol Criança Adolesc**. Lisboa, v. 5, n. 2, p.139-47, 2014.
- HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.9, p.2867-78, set/2015.
- KLAUSNER, J.D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bull World Health Organ.**, v.91, n.3, p.158, 2013.
- LAFETA, 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.
- LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p.1-17, 2017.
- LEITE, I. *et al.* Assistência da enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**. Maceió, vol. 3, n. 3, p.165-76, 2016.
- MAGALHÃES, D. M. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-20, 2013.
- MAGALHÃES, M. *et al.* Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.39, n.6, p.265-72, 2017.

MARQUES, J. V. S. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **Sanare**. Sobral, v.17, n. 2, p.13-20, jul-dez/2018.

NASCIMENTO, M. I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.34, n.2, p.56-62, 2012.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.681-94, out-dez/2015.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26, n. 3019, p. 1-10, 2018.

PARÁIBA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de Saúde (2016-2019)**, João Pessoa, 2016. Disponível em: < https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf>. Acesso em: 23 de Agosto de 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária em Saúde. **Guia Prático Estadual para Multiplicadores: Prevenção, controle e redução da sífilis**. Curitiba, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaterialSfilis_MaraChico.pdf>. Acesso em: 06 de novembro de 2019.

RAMOS, M. G.; BONI, S. M. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá – PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, p. 517-26, set-dez/2018.

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, n. 44, 2017.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.490-6, mar/2012.

SILVA, D. M. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 278-85, 2014.

SILVA, L. C. V. G. *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**. Cuiabá, v. 2, n. 2, p.380-90, 2017.
SOUZA, B. S.O.; RODRIGUES, R.M.; GOMES, R.M.L. Análise epidemiológica de sífilis. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.16, n.2, p. 94-8, abr-jun/2018.

SOUZA, W. N.; BENITO, L. A. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**. Brasília, v.14, n. 2, p. 1-8, 2016.

TREVISAN, M. G. *et al.* Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.19, n.2, p. 84-96, Dez/2018.

VÁSQUEZ, G. G. H. Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio: notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, v. 28, p. 226-45, 2018.