

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL NO PERÍODO DE
2014 A 2018*****EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL FROM 2014 TO
2018*****Ana Paula Rebelo Aquino Rodrigues¹ * Nadja Romeiro dos Santos² * Morgana Carolina dos
Santos Gonçalves³ * Júlia Santos Lima⁴ * Wannessa de Carvalho Alves⁵****RESUMO**

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita (SC) no Brasil no período de 2014 a 2018. Método: estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, com coleta de dados realizada na Plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Resultados: no período de 2014 a 2018 houve 108.364 casos de SC, o maior índice foi no ano de 2018, correspondendo a 24,19% dos casos registrados. 80,41% das gestantes realizaram o pré-natal e 55,07% foram diagnosticadas durante o mesmo, 56,98% delas realizaram o tratamento inadequado e 26,63% não o realizaram, esse fato também foi pertinente no que diz respeito ao tratamento do parceiro, dos quais 60,09% não realizaram. Conclusão: a incidência de SC é considerada um indicador da qualidade de assistência de pré-natal. Verifica-se a prevalência por mulheres com idade entre 20 a 29 anos, com ensino fundamental incompleto e pardas. O diagnóstico deu-se no momento do pré-natal e o tratamento materno, foi inadequado e o do parceiro sexual não foi realizado. A idade que predominou das crianças acometidas com SC foram as menores de 7 dias, e 2018 foi o ano com maior notificação de óbito em menores de 1 ano com a doença.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Saúde Pública; Saúde da Família; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological profile of cases of congenital syphilis (SC) in Brazil from 2014 to 2018. Method: epidemiological study with a quantitative, descriptive and exploratory approach, with data collection performed on the Platform of the Department of Informatics of the Unified Health System Health. Results: in the period from 2014 to 2018 there were 108,364 cases of SC, the highest rate was in the year 2018, corresponding to 24.19% of registered cases. 80.41% of pregnant women underwent prenatal care and 55.07% were diagnosed during the same period, 56.98% of them underwent inadequate treatment and 26.63% did not receive it, this fact was also relevant with regard to partner treatment, of which 60.09% did not perform. Conclusion: the incidence of SC is considered an indicator of the quality of prenatal care. There is a prevalence of women aged 20 to 29 years, with incomplete elementary education and mixed race. The diagnosis was made at the time of prenatal care and maternal treatment was inadequate and that of the sexual partner was not carried out. The predominant age of children affected with SC were those younger than 7 days, and 2018 was the year with the highest notification of death in children under 1 year with the disease.

Keywords: Congenital syphilis; Public health; Family Health; Obstetric Nursing.

¹ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2006), Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e mestrado em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (2014). Doutorado em andamento em Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora adjunta I e membro titular do Colegiado do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes. Docente e membro do Núcleo Docente Estruturante do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Editora Executiva do Caderno de Graduação - UNIT/AL - Ciências Biológicas e da Saúde.

² Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL (2001). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP (2003). Especialista em Educação Profissional na área da Saúde: Enfermagem, pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e Universidade Federal de Alagoas - UFAL (2004). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Gama Filho - UGF (2006). Mestre em Ensino na Saúde, pela Universidade Federal de Alagoas- UFAL (2014). Doutoranda em Sociedade, Tecnologia e Políticas Públicas, pelo Centro Universitário Tiradentes - UNIT-AL

³ Graduada em enfermagem pela Universidade Integrada Tiradentes- UNIT (2020.1). Atualmente pós graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)- Em andamento, início 2020.

⁴ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Tiradentes (2020). Pós graduanda em Enfermagem em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva. Durante a jornada acadêmica participou do projeto de extensão Mentoria como mentora, foi integrante da Liga Acadêmica Multidisciplinar de Saúde Coletiva (LAMSC) da UNIT.

⁵ Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes- UNIT. Pós graduanda em Estratégia de Saúde da Família pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidos principalmente por contato sexual sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada e pela utilização de seringas, agulhas ou outro material perfuro cortante partilhado. A transmissão pode ainda acontecer de mãe para filho durante a gestação, no parto ou na amamentação (transmissão vertical)⁽¹⁾.

Deste modo, as IST são consideradas um problema de saúde pública, pois a falha no reconhecimento precoce e tratamento delas, acarreta inúmeras consequências para o portador; e em países em desenvolvimento, existe a contaminação de mais um milhão de pessoas por dia, tendo a sífilis com a maior prevalência a cada ano, representando 5,6 milhões de casos. A maioria destes casos é encontrado na forma primária, terciária e gestacional⁽²⁾.

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* por via transplacentária, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu conceito. Para efeito de classificação, apresenta dois estágios: sífilis congênita precoce, diagnosticada até dois anos de vida; e sífilis congênita tardia, diagnosticada após esse período⁽³⁾.

A sífilis na gestante é responsável por

mais de meio milhão de natimortos e abortos anualmente, tornando-a um dos problemas de saúde pública mais desafiadora neste início de milênio, com compromisso internacional de eliminação⁽⁴⁾.

No Brasil, em geral, nos últimos dez anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2008, a taxa era de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos e, em 2018, foi mais de quatro vezes maior que a taxa de 2008, passando para 9,0 casos/1.000 nascidos vivos⁽⁵⁾.

Quando a doença não é tratada precocemente, pode causar consequências graves para o conceito: aborto, óbito fetal e sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas. Compreende-se que a transmissão vertical pode ser impedida desde que a gestante seja tenha sido identificada com a patologia precocemente e mediante a isso seja adequadamente tratada⁽⁶⁾.

Esta pesquisa justifica-se devido a SC ser uma das principais causas da mortalidade neonatal no Brasil. Diante disso, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil nos anos de 2014 a 2018, visando responder a seguinte questão norteadora: “Qual o perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil nos anos de 2014 a 2018?”

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico

descritivo e quantitativo. A coleta de dados foi realizada na Plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde–DATASUS, com busca dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação–SINAN, de sífilis congênita no Brasil no período de 2014 a 2018.

A notificação da sífilis no Brasil é recente (ocorreu mediante a portaria 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010), o que justifica o período de análise deste estudo, no entanto o ano de 2019 não foi analisado devido ao tempo do qual houve a coleta de dados e este ano não ter sido finalizado a conclusão das informações. Assim, foram incluídas 10 variáveis extraídas neste sistema de informação e saúde conforme o maior impacto epidemiológico e de abordagem na literatura.

As variáveis selecionadas foram: número de casos em menores de um ano, faixa etária materna, escolaridade, raça/cor, realização do pré-natal, momento do diagnóstico, esquema de tratamento materno, tratamento do parceiro, casos de SC segundo idade da criança e número de óbitos em menores de um ano. Após a coleta dos dados, foi realizada uma tabulação no Microsoft Office Excel 2016 através das informações do TabWin/ TabNet.

Para composição das tabelas foram utilizados valores absolutos (N) e em percentual (%) de cada variável. Para adquirir

o valor absoluto realiza-se o somatório de todos os anos referente ao estudo de cada variável de maneira individual. E para obtenção do percentual de uma amostra durante todos os anos, realiza-se também o somatório das mesmas de forma individual, ou seja, nos últimos cinco anos estudados, e divide-se pelo total de todas elas e posteriormente com o resultado encontrado é multiplicado por 100⁽⁷⁾.

Em razão deste estudo por agregar dados secundários disponíveis em bases de dados governamentais de domínio público e não envolver diretamente seres humanos, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Porém serão seguidas as demais normas relacionadas à pesquisa.

RESULTADOS

No período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2018 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação –SINAN, 108.364 casos de sífilis congênita no Brasil (Tabela 1). Os dados mostram que houve uma maior notificação de casos no ano de 2018, representando 24,19% dos casos registrados no período. Assim, nos anos de 2014 a 2015 tiveram um acréscimo de 3,08% de casos, em 2015 a 2016 de 4,56% , já no período de 2016 a 2017 com 7,95% casos e no ano de 2017 a 2018 com 9,14% de casos.

Tabela 1 – Distribuição de casos de SC em menores de um ano, registrados no SINAN. Brasil. 2014-2018.

Variável	N	%
MENORES DE UM ANO		
2014	16.311	15,05
2015	19.647	18,13
2016	21.254	19,62
2017	24.933	23,01
2018	26.219	24,19
Total	108.364	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com relação às características maternas (Tabela 2) foram evidenciados um maior número de casos entre a faixa etária de 20 à 29 anos, correspondente a 57.431 (52,82%) dos casos. Quanto à variável escolaridade materna,

25.830 (23,75%) estavam entre a 5^a e 8^a série incompleta. Em relação à raça/cor, observa-se uma predominância da raça parda com 101.759 (48,44%) casos.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos de gestantes notificadas com SC. Brasil. 2014-2018.

Variáveis	N	%
FAIXA ETÁRIA MATERNA		
10-14 anos	1.016	0,95
15-19 anos	25.692	23,63
20-29 anos	57.431	52,82
30-39 anos	19.937	18,33
40 anos ou mais	2.059	1,89
Ignorado	2.586	2,38
Total	108.721	100
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	735	0,67
1 ^a a 4 ^a série incompleta	5.481	5,04

4ª série completa	3.629	3,33
5ª a 8ª série incompleta	25.830	23,75
Fundamental Completo	11.178	10,29
Médio incompleto	13.222	12,18
Médio completo	16.178	14,88
Superior Incompleto	1.027	0,96
Superior Completo	865	0,79
Não se Aplica	525	0,49
Ignorado	30.051	27,64
Total	108.721	100
RAÇA		
Branca	63.099	30,03
Preta	26.071	12,41
Amarela	1.851	0,89
Parda	101.759	48,44
Indígena	1.201	0,58
Ignorada	16.076	7,65
Total	210.057	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Quanto à realização do pré-natal entre as gestantes em que os neonatos tiveram o diagnóstico de sífilis congênita, observou-se que 87.428 (80,41%) realizaram o pré-natal. Em relação ao momento do diagnóstico foi durante o pré-natal com 59.881 (55,07%) dos casos. Com relação ao esquema de tratamento

materno foi inadequado com 61.959 (56,98%) dos casos notificados. Quanto ao parceiro sexual 65.341(60,09%) não realizaram o tratamento concomitantemente a gestante. Vale salientar que, 23,33% não receberam o devido preenchimento na variável tratamento do parceiro (Tabela 3).

Tabela 3 – Assistência a gestantes notificadas com SC. Brasil. 2014-2018

Variáveis	N	%
REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL		
Sim	87.428	80,41
Não	15.359	14,13

Ignorado	5.934	5,46
Total	108.721	100
MOMENTO DO DIAGNÓSTICO		
Pré-Natal	59.881	55,07
Parto/Curetagem	35.585	32,73
Após o Parto	7.943	7,30
Não Realizado	684	0,64
Ignorado	4.628	4,26
Total	108.721	100
ESQUEMA DE TRATAMENTO MATERNO		
Adequado	4.840	4,46
Inadequado	61.959	56,98
Não Realizado	28.955	26,63
Ignorado	12.967	11,93
Total	108.721	100
TRATAMENTO DO PARCEIRO		
Sim	18.015	16,57
Não	65.341	60,09
Ignorado	25.365	23,34
Total	108.721	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com relação às características das crianças notificadas com SC (Tabela 4) foram evidenciados um maior número de casos em crianças menores de 7 dias com 104.933 (96,53%) dos casos.

Tabela 4 – Distribuição do número de crianças com diagnóstico de SC, de acordo com a faixa etária. Brasil. 2014- 2018.

Variáveis	N	%
MENORES DE 7 DIAS A 12 ANO		

Menos de 7 dias	104.933	96,53
-----------------	---------	-------

7 a 27 dias	1.771	1,64
28 a 364 dias	1.660	1,51
1 ano	151	0,11
2 a 4 anos	95	0,08
5 a 12 anos	68	0,06
Ignorado	24	0,02
Total	108.702	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Óbitos por SC em menores de um ano no Brasil (Tabela 5) Os dados mostram que houve um aumento do número de casos em 2018 com 241 (22,54%) óbitos notificado.

Tabela 5 – Óbitos causados por SC em menores de um ano. Brasil. 2014-2018.

Variáveis	N	%
ÓBITOS EM MENORES DE UM ANO		
2014	176	16,47
2015	235	21,98
2016	195	18,25
2017	222	20,76
2018	241	22,54
Total	1069	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Óbitos por SC em menores de um ano no Brasil (Tabela 5) Os dados mostram que houve um aumento do número de casos em 2018 com 241 (22,54%) óbitos notificados.

Tabela 5 – Óbitos causados por SC em menores de um ano. Brasil. 2014-2018.

Variáveis	N	%
ÓBITOS EM MENORES DE UM ANO		

2014	176	16,47
2015	235	21,98
2016	195	18,25
2017	222	20,76
2018	241	22,54
Total	1069	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

DISCUSSÃO

O resultado da pesquisa mostrou um aumento significativo de casos notificados, com evolução desses números ao longo dos anos estudados: em 2014 foram notificados 15,04% (16.311) de casos, em 2015 18,13% (19.647); em 2016 19,61% (21.254); em 2017 23%(24,933) e em 2018 24,19% (26.219) casos de SC.

O crescente número de casos pode estar relacionado a alguns fatores, como: esquema de tratamento inadequado, tratamento do parceiro não realizado e escolaridade materna que pode interferir na adesão das gestantes ao tratamento⁽⁸⁾.

O aumento nonúmero de casos de sífilis congênita notificados ano a ano no País demonstra a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas a seu controle, assim como de educação em saúde para a população, visto tratar-se de uma doença totalmente evitável, desde que seja feito o diagnóstico

precoce e estabelecendo tratamento adequado para a gestante e seu parceiro⁽⁹⁾.

No que se refere ao perfil das gestantes, observou-se uma predominância de mulheres com 20 a 29 anos com 52,82% provavelmente por ser a fase de vida sexual mais ativa. Tal fato pode ser justificado por esta fase compreender o ápice do período reprodutivo da mulher, o que representa um maior número de gestantes; destacando-se assim a importância da maior realização de campanhas de teste rápido, tanto para as mulheres, quanto para seus parceiros sexuais⁽¹⁰⁾.

Quanto à variável escolaridade materna 23,75% das gestantes estavam entre a 5ª e 8ª série incompleta. Acredita-se que estas séries sejam evidenciadas em virtude da maior parte das mulheres brasileiras se encontrarem ocupadas com outras atividades, sem estudar ou se qualificar e por essa falha não conseguem concluir o ensino básico, pois desde a antiguidade existe uma lacuna de acesso à educação para as mulheres, colocando-as em posições desfavorecidas na sociedade⁽¹¹⁾.

A baixa escolaridade materna é considerada um marcador de maior risco para a exposição às infecções sexualmente transmissíveis, devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção, tal como está correlacionada à um delineamento cultural e as condutas ligadas aos cuidados de saúde⁽¹⁰⁾.

Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, esses resultados sinalizam que pouca escolaridade e baixa renda podem ser influenciadores a esta patologia, para aqueles que têm pouco acesso aos serviços de saúde. Conseqüentemente, a assistência pré-natal inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis nessa população⁽⁸⁾.

Na análise dos dados referentes a escolaridade das gestantes chama a atenção o elevado sub-registro dessa informação, que correspondem a 27,64% dos casos a ausência de preenchimento desse campo dificulta uma análise mais detalhada do perfil epidemiológico dessa população.

O correto preenchimento dos dados contribui para uma melhor padronização do processo com intuito de minimizar os erros encontrados e o estabelecimento de ações voltadas para a redução dos casos de SC⁽¹²⁾.

Em relação à raça/cor, observou-se que a maioria das mulheres eram pardas com 48,44% dos casos, possivelmente pela miscigenação brasileira pois o Brasil é um país formado pela junção de várias raças. Além

disso, também há a autodeclaração racial onde a maior parte das pessoas se referem como pardas, bem como a questão da vulnerabilidade social da mesma⁽¹³⁾.

Nota-se ainda que a maioria das gestantes realizaram o pré-natal 80,41% e que tiveram o diagnóstico da Sífilis durante esse período, porém chama a atenção o número dos casos que foram diagnosticados durante o parto e momento de curetagem. Estudos mostram também a importância da assistência pré-natal de qualidade com diagnóstico precoce da sífilis nas gestantes e destacam as consequências do tratamento inadequado da mesma sobre a morbimortalidade das crianças⁽⁹⁾.

A análise desta variável (momento do diagnóstico) incita questionamentos a respeito da qualidade da assistência pré-natal que está sendo ofertada à população. Possivelmente, estas gestantes contam com pouco acesso às informações sobre a prevenção da Sífilis e, em caso de serem diagnosticadas com a doença, desconhecem as consequências da transmissão vertical e a importância de um tratamento adequado, incluindo o tratamento do(s) parceiro(s)⁽¹⁴⁾.

Com relação ao esquema de tratamento materno foi inadequado com 56,98%. A terapêutica é dita como inadequada, quando a gestante não completa o esquema do tratamento 30 dias antes do parto e/ou o parceiro não foi tratado⁽¹⁵⁾.

O tratamento inadequado da SC pode

estar relacionado a uma objeção do uso da penicilina por profissionais da saúde nas unidades básicas. Além de uma possível falta de matéria-prima para produzir a medicação no ano de 2015⁽¹⁶⁾. A Portaria Ministerial n° 3.161, de 27 de dezembro de 2011 instituiu e reforçou a administração obrigatória da penicilina pelos profissionais da atenção básica como única opção viável para o tratamento da sífilis em gestantes, mas essa resistência de aplicar a medicação nas unidades básicas de saúde ainda existe⁽¹⁶⁾.

A penicilina é a medicação de escolha principal contra a sífilis. No Brasil nos últimos anos ocorreu uma ausência da matéria prima para a sua produção, assim por precaução o governo no ano de 2015, publicou a nota técnica 109/2015 a fim de garantir o tratamento da sífilis em gestantes e crianças com sífilis preconizando o uso exclusivo de penicilina para as gestantes com sífilis e para crianças com sífilis congênita⁽¹⁵⁾.

Quanto ao parceiro sexual 60,09% não realizaram o tratamento concomitantemente a gestante. Sugere-se que este achado seja em virtude da não inserção do homem no acompanhamento do pré-natal. Apesar do profissional de saúde explicar para a gestante a importância e a necessidade do tratamento do parceiro para evitar sua reinfecção não se sabe se o parceiro adota as condutas orientadas e o tratamento junto com a mesma. Para diminuir o índice de tratamento inadequado do parceiro, o Ministério da Saúde implantou a estratégia pré-

natal do parceiro que possibilita a entrada dos homens no serviço básico de saúde, usufruindo de sua presença nas consultas de pré-natal para disponibilizar exames de rotina e testes rápidos, solicitando a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, trazendo a integralidade no cuidado a esta população⁽¹⁷⁾.

A detecção precoce da sífilis bem como a inserção do pai durante as consultas do pré-natal, favorece o vínculo do trinômio (mãe-filho- pai). E o estudo mostra que a não participação do mesmo nesse processo faz com que o tratamento não seja realizado, levando ao risco de uma reinfecção, o que aumenta a probabilidade de transmissão vertical da doença⁽¹⁸⁾.

Foram evidenciados um maior número de casos de SC em crianças menores de 7 dias com 96,53% dos casos. Sugere-se isso devido a descoberta da SC ter ocorrido no momento do parto e o RN ainda se encontrar no hospital para fazer o esquema completo do tratamento (7 a 10 dias). Assim, o diagnóstico tardio insinua uma possível falha na assistência à gestante, pois sem o tratamento adequado da mesma e do seu parceiro há uma infecção ao feto⁽¹⁹⁾.

Os dados da pesquisa mostram que houve um maior número de notificações de óbitos em menores de 1 ano no período de 2018 com 22,54% dos casos. Acredita-se que o aumento das notificações é o que faz com que este ano tenha uma visibilidade dentro dos anos

estudados como destaque. A ocorrência das mortes por sífilis congênita pode ser indicativa de falhas durante o pré-natal, pois é uma patologia que pode ser prevenível desde que a gestante seja diagnosticada e tratada assim como seus parceiros sexuais antes de levar danos para o neonato⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou a prevalência por mulheres com idade entre 20 a 29 anos, com ensino fundamental incompleto e pardas. O diagnóstico deu-se no momento do pré-natal e em relação ao tratamento materno, o mesmo foi inadequado e o do parceiro sexual não foi realizado.

A pesquisa aponta que a idade que predominou em relação às características das crianças acometidas com SC foi as menores de 7 dias, e 2018 foi o ano com maior notificação de óbito em menores de 1 ano com a doença.

Deste modo, verifica-se o relevo de alguns pontos frágeis da assistência e prevenção da sífilis: o tratamento inadequado da gestante e a não realização do tratamento do parceiro. Esses resultados são relevantes à medida que denotam a necessidade da implementação de ações voltadas para a redução dos números de sífilis congênita no país.

Assim, torna-se essencial a avaliação da qualidade da assistência que vem sendo prestada, haja vista que, na maior parte dos casos observados, as mães realizaram consultas

durante esse período. Também se faz necessário intensificar mecanismos que busquem integrar o parceiro ao período gravídico e, conseqüentemente, favoreçam sua adesão ao tratamento proposto para os casos diagnosticados como positivos. Tais ações podem contribuir para o enfrentamento desse grave problema de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

1. Hernandez LCO. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): Concepções e Práticas de Estudantes Universitários/ as de um Município do Pontal do Triângulo Mineiro[Dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2019.
2. Jesus TBS, Mafra ALS, Campo VS, Cesarino CB, Bertolin DC, Martins MI. Sífilis em gestante e congênita: casos notificados de um município do Noroeste Paulista. Rev Nursing [Internet]. 2019 [acesso em 14 set 2020]; 22(250): 2766-2771. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996557>.
3. Aguiar LC, Silva GB, Santos JA, Lima CBM, Gonçalves LO, Meneses MO, Machado MGS, Albuquerque KLC. Sífilis materna: análise de evidências referentes a falha no tratamento de gestantes. Rev Enfermagem Atual In Derme [Internet]. 2019 [acesso em 12 nov 2020]; 87: 1-7. Disponível

- em :
<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/226/127>.
4. Chinazzo LK, Leon CA. Perfil clínico epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. *Rev Portal Científico de Pediatria* [Internet]. 2015 [acesso em 24 abr 2020]; 4(3): 66-8. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234110bcped_v4_n3_a4.pdf.
 5. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico de sífilis. Brasília (DF); 2019.
 6. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes ATT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev Paulista de Pediatria* [Internet]. 2018 [acesso em 11 mai 2020]; 36(3): 376-81. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n3/0103-0582-rpp-2018-36-3-00011.pdf>.
 7. Crespo AA. *Estatística fácil*. 19. ed. São Paulo: Saraiva; 2017.
 8. Domingues RMSM; LEAL MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. *Rev Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 21 set 2019]; 32(6):1-12. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n6/e00082415/pt>.
 9. Motta IA, Delfino IRS, Morita MO, Santos LV, Gomes RGD, Martins TPS, Carellos EVM, Romanelli RMC. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2018 [acesso em 23 mar 2020]; 28(28): 1-8. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/dec8/76d93caf85aa61329137aff2d6d22b2cf63.pdf>.
 10. Oliveira TF, Felix ICG, Souza CDF, Machado MF. Perfil epidemiológico da Sífilis congênita em Alagoas (2008-2017). *Rev Saúde e meio ambient.* [Internet]. 2019 [acesso em 27 mai 2020]; 80: 237-47. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/2259>.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); 2018.
 12. Silva, IMD, Medeiros LEMM, Freire HP, Gilmar SJJ, Santana SF. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [acesso em 27 mai 2020];13(3): 604-13. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/biblio-1015510>.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Residente (Pessoas); 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>. Acesso em: 27 Mai. 2020
 14. Cunha LS, Bertola T, Fachini JS, Ferlin LL. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em Itajaí/SC no período de janeiro

de 2013 a junho de 2016. Rev da AMRIGS [Internet]. 2019 [acesso em 27 mai 2020]; 63(3): 267-72. Disponível em: <https://www.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1580235712.pdf#page=30>.

15. Mascarenhas LEF, Araújo MSS, Gramacho RCCV. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. Repositório Institucional Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 27 mai 2020]; 1: 1-11. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/735>.

16. Ministério da Saúde (BR). Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na atenção básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil. Brasília (DF); 2015.

17. Aguiar LC, Silva GB, Santos JA, Lima CBM, Gonçalves LO, Meneses MO, Machado MGS, Albuquerque KLC. Sífilis materna: análise de evidências referentes a falha no tratamento de gestantes. Rev Enfermagem Atual In Derme [Internet]. 2019 [acesso em 12 nov 2020]; 87: 1-7. Disponível em : <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/226/127>.

18. Araújo LB, Barros PM,

Lucchese R, Rodoválzio AG, Silva DC, Silva AC, Pinto-Diniz HS, Fernandes IL. Infecções sexualmente transmissíveis rastreados pelo pré-natal masculino. Rev de enfermagem da UFPE online [Internet]. 2019 [acesso em 19 mai 2020]; 13: 1-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/242458/34065>.

19. Holztrattner JS, Linch GF da C, Paz AA, Gouveia HG, Coelho DF. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 10 nov 2019]; 24:1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>.

20. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte, 2010-2013. Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 21 set 2019]; 24(4): 681-94. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n4/681-694/pt/>.

Submissão: 2020-07-19

Aprovado: 2021-02-01