

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE

STHEFANIE HELLEN CAVALCANTE DE SOUSA

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL E  
CONGÊNITA EM ESTADO NORDESTINO**

João Pessoa

2021

STHEFANIE HELLEN CAVALCANTE DE SOUSA

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL E  
CONGÊNITA EM ESTADO NORDESTINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Faculdade de Enfermagem  
Nova Esperança, como pré-requisito para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Smalyanna Sgren da  
Costa Andrade

João Pessoa

2021

STHEFANIE HELLEN CAVALCANTE DE SOUSA

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL E  
CONGÊNITA EM ESTADO NORDESTINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade  
Orientadora (FACENE)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro  
(Membro da FACENE)

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Edna Samara Ribeiro César  
(FACENE)

## FICHA CATALOGRÁFICA

S718c

Sousa, Sthefanie Hellen Cavalcante de Sousa

Caracterização epidemiológica da sífilis gestacional e congênita em estado nordestino / Sthefanie Hellen Cavalcante de Sousa. – João Pessoa, 2021.

30f.; il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Gestantes. 2. Sífilis. 3. Sífilis Congênita. 4. Epidemiologia. 5. Sistema de Informação. I. Título.

CDU: 616.97:618.2

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo amor e pela misericórdia derramada sobre a minha vida, bem como por iluminar a minha mente nos momentos difíceis, dando-me força e coragem para seguir.

Agradeço à minha mãe Geane e à minha avó Solange, as quais, com todo amor e dedicação, sempre fizeram o melhor para minha vida. Todo meu amor e minha gratidão a vocês.

Ao meu esposo Thiego, que sempre me incentivou a continuar. Nos momentos difíceis, sempre esteve ao meu lado dando palavras de coragem. A você, todo meu amor e eterna gratidão.

Ao meu filho Caleb, que chegou em minha vida trazendo luz, amor e me dando força e coragem para cada vez mais ir em buscar dos meus sonhos. Você é a razão da minha vida e de todas as conquistas.

Aos tios, primos e familiares, agradeço por cada palavra de apoio, incentivo e por cada ajuda.

À minha orientadora Smalyanna, que me auxiliou e sempre esteve presente nos momentos que necessitei, contribuindo com o desenvolvimento desse trabalho e me ajudando a acreditar que seria possível realizar esse sonho. Toda minha gratidão a você, que é muito especial.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Mulheres acometidas por sífilis quanto à faixa etária, escolaridade e cor. .... 19
- Tabela 2** - Mulheres acometidas por sífilis quanto à idade gestacional, esquema de tratamento e classificação clínica. .... 20
- Tabela 3** - Sífilis congênita quanto à idade da criança, a realização de pré-natal pela mãe, momento do diagnóstico e diagnóstico final. .... 21

## **LISTA DE SIGLAS**

ESF	Estratégia Saúde da Família
SC	Sífilis Congênita
RN	Recém Nascido
IM	Intra Muscular
DATASUS	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de caráter infeccioso, que pode acometer a gestante e o neonato através da transmissão vertical. Ela é uma doença de notificação compulsória, cujo conjunto de atendimentos envolve prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento. Para tanto, objetivou-se analisar a caracterização epidemiológica das gestantes acometidas por sífilis no Estado da Paraíba. Trata-se de pesquisa ecológica, retrospectiva e quantitativa, realizada com dados do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde. Os dados foram analisados através da estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. A sífilis obteve maior prevalência em mulheres de faixa etária de 20 a 29 anos, com escolaridade maior de oito anos, de etnia parda, no terceiro trimestre de gestação, com uso da penicilina, classificada com sífilis primária, com a realização do pré-natal, diagnosticadas durante pré-natal, além de atingir crianças menores de sete dias, com sífilis congênita recente. Portanto, conclui-se que os enfermeiros da atenção básica precisam ser estimulados com maiores treinamentos para detecção precoce da sífilis gestacional e congênita.

**Descritores:** gestantes; sífilis; epidemiologia; sífilis congênita; sistema de informação.



## ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection that can affect pregnant women and newborns through vertical transmission. It is a compulsory notification disease with a set of care involving prevention, promotion, diagnosis, and treatment. Therefore, this study aimed to analyze the epidemiological characterization of pregnant women affected by syphilis in the State of Paraíba. This is an ecological, retrospective, and quantitative research carried out with data from the Information Department of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde-SUS*). Data were analyzed using descriptive statistics with absolute and relative frequency. Syphilis had a higher prevalence in women between 20 and 29 years old, with more than eight years of school, of mixed ethnicity, in the third trimester of pregnancy, using penicillin, classified as primary syphilis, with prenatal care, diagnosed during prenatal care, and reaching children under seven days old, with recent congenital syphilis. Thus, we concluded that primary care nurses need to be encouraged with greater training for early detection of gestational and congenital syphilis.

**Keywords:** Pregnant women. Syphilis. Epidemiology. Congenital syphilis. Information system.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>11</b>
1.1.1	OBJETIVO GERAL.....	11
1.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Considerações sobre sífilis na gestação.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Acompanhamento da sífilis pela estratégia saúde da família.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de caráter infeccioso, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Ela tem grande devastação, pois atinge todos os órgãos e sistemas. Mesmo com terapêuticas e assistências devidamente prestadas, há um grande número de problemas no âmbito saúde pública (LIMA *et al.*, 2017).

No Brasil, no ano de 2018, o número de casos confirmados de sífilis na gestação foi alarmante: ocorreram 59.022 casos. A região com maior índice de sífilis gestacional nesse mesmo ano foi a Sudeste, com o alto nível de diagnósticos, totalizando 28.157; em segundo lugar, está a região Nordeste, com o número de 15.230. Já no Estado da Paraíba, foram 841 casos, um número considerável quando comparado ao ano de 2017, que teve o total de 549 casos diagnosticados. Em João Pessoa, os dados no ano de 2018 foram de 386 casos diagnosticados, enquanto que, em 2017, foram 124 casos (DATASUS, 2019).

A sua transmissão acontece através de relações sexuais desprotegidas e durante a gestação de forma vertical, acarretando anomalias no feto (SUTO, 2016). Quando não ocorre o devido acompanhamento nas gestantes ou é feito de forma inadequada, a infecção é transmitida por via transplacentária, ocorrendo a Sífilis Congênita (SC). A doença pode ser classificada de forma precoce ou tardia, levando em consideração o surgimento da síndrome clínica que pode ocorrer antes ou depois dos dois anos de vida (LIMA *et al.*, 2017).

A sífilis se tornou uma doença de notificação compulsória por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986, devido ao elevado número de casos, com a finalidade de vigilância epidemiológica. A notificação compulsória é obrigatória para todos os profissionais da área de saúde, com a finalidade de atualizar o número de casos e tendo o intuito de alarmar os profissionais; dessa forma, poder ocorrer uma busca desses pacientes e tratamento com eficácia. Quando ocorre a suspeita da doença ou agravo, é realizada a notificação, sendo comunicada à secretaria de saúde do município do local onde ocorreu a consulta (BRASIL, 2016).

A Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das principais portas de entrada para um conjunto de atendimentos que existem, tanto no individual como no coletivo, que pode ser abordado na prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e todo acompanhamento da saúde para a população (PNAB, 2017).

Nesse aspecto, na atenção primária, por meio de um pré-natal de qualidade, a sífilis pode ser detectada de forma precoce. Após essa detecção, os profissionais podem realizar o registro oficial da doença. Essa notificação compulsória é muito importante para que as

autoridades sanitárias e a população tenham conhecimento de prevenção e agravos de determinadas doenças. Entretanto, quando não são realizados de forma eficaz, geram uma falta de qualidade nos dados do sistema de informação, desvalorizando a real magnitude das enfermidades (BRASIL,2017).

Sob esta perspectiva, o pré-natal tem grande importância na prevenção e detecção da sífilis, sendo esses elementos relevantes na promoção de uma assistência de qualidade. Quando é ofertado com eficácia, o problema é resolvido antes que ocorra um agravo à saúde da gestante ou até mesmo do feto (BRASIL, 2017).

Desse modo, a relevância desse estudo se dá através dos resultados encontrados, divulgação na comunidade científica, bem como sensibilização dos gestores locais para desenvolver e programar ações e estratégias sobre prevenção e detecção precoce da sífilis e promoção à saúde, para que assim ocorra a redução desse agravo. Para tanto, este estudo foi norteado pela seguinte indagação: qual o perfil de acometimento da sífilis em mulheres grávidas no estado paraibano?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a caracterização epidemiológica da sífilis gestacional e congênita no Estado da Paraíba.

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar o perfil de mulheres acometidas por sífilis quanto à faixa etária, escolaridade, cor, idade gestacional, esquema de tratamento e classificação clínica.

- Apontar a prevalência de sífilis congênita quanto à idade da criança, a realização de pré-natal pela mãe, o momento do diagnóstico e o diagnóstico final.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Considerações sobre sífilis na gestação

A sífilis é caracterizada como uma doença infecciosa de carácter crônico, que tem um desafio de séculos na humanidade. O agente etiológico, o *Treponema pallidum*, é uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, um patógeno exclusivamente da espécie humana, que tem devastação que acomete todos os órgãos. Foi descoberto no ano de 1906 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann, pesquisadores de origem alemã. O acometimento da doença sífilis tem carácter sistêmico que atinge de forma crônica, cuja evolução se caracteriza de acordo com o período de contaminação e o grau em que se encontra (SILVA, 2017).

A transmissão acontece de duas formas: no ato sexual desprotegido e de forma vertical, passando de mãe para filho. O diagnóstico rápido é muito importante para poder intervir e, dessa forma, não ocorrer à sífilis congênita (MOROSKOSKI, 2018; SILVA, 2017).

A sífilis é classificada em três fases. A sífilis primária tem seu período de incubação de 10 a 90 dias, logo após o contato. O sintoma tem início com o aparecimento de uma única lesão no local de contaminação. A lesão é indolor, chamada de cancro duro, com presença de secreções. Essa lesão na fase primária desaparece de forma espontânea (BRASIL, 2010).

A segunda fase é a sífilis secundária, decorrente da primária quando não ocorre o devido tratamento. Nessa fase, a infecção já invadiu vários órgãos do corpo. A lesão é o condiloma, que se instala em partes úmidas do corpo. A terceira e última fase é a sífilis terciária, caracterizando-se de forma mais grave, acometendo a destruição de tecidos e ossos. As lesões são de formas tumorais, podendo atingir outros órgãos (BRASIL, 2010).

O diagnóstico é classificado em microscopia, que é uma pesquisa direta do *T. pallidum* em lesões, cordão umbilical ou necropsia, e em testes sorológicos, que podem ser testes não-treponêmicos, que incluem o VDRL e o RPR. Até o sexto mês com o resultado positivo, é identificado que ocorreu a transferência materna de anticorpos. Há também os testes treponêmicos, que incluem o TPHA, FTA-Abs. Esses exames não devem ser realizados em recém-nascidos (BRASIL, 2007).

Nas gestantes, é analisada a transferência passiva de anticorpos IgG. Nesse exame não são considerados anticorpos de classe IgM, pois têm baixa sensibilidade podendo dar falso-negativo. Outro exame é o estudo do líquido cefalorraquidiano que é feito em recém-nascidos

para constatar caso de neurosífilis. Após os vinte e oito dias de vida, através desse exame, são encontradas alterações (BRASIL, 2007).

O tratamento usado na sífilis em qualquer uma das fases é o medicamento penicilina. A aplicação é feita na Atenção Básica de Saúde. Logo após a detecção da doença, pode ser prescrita pelo médico ou enfermeiro de acordo com a lei do exercício profissional de enfermagem Lei nº 7.498/86. É realizado o acompanhamento com eficácia no pré-natal para que seja possível a prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2017; COFEN, 1986).

A dosagem da medicação é feita de acordo com a fase em que a doença se encontra. Na fase primária, é usada a penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular, sendo feito 1.200.000 em cada lado do glúteo em dose única. Na fase secundária, ou fase assintomática com menos de um ano, são feitas duas séries de penicilina G benzatina, sendo 2.400.000 UI intramuscular sendo 1.200.000 em cada lado do glúteo, tendo um intervalo de uma semana entre cada série, resultando na dose total de 4.800.000 UI. Na fase terciária, ou fase assintomática com mais de um ano, são feitas três séries da penicilina G benzatina com a mesma dosagem e feita a divisão em cada lado do glúteo, com o intervalo de uma semana em cada série, sendo a dose total de 7.200.000 UI (BRASIL, 2017).

No caso de alergia, a penicilina é utilizada para o tratamento com o uso de eritromicina 500 mg por via oral, no período de 6 em 6 horas. A duração varia de acordo com a fase da sífilis, podendo variar de 15 a 30 dias (BRASIL, 2017). O tratamento no parceiro é imprescindível. Mesmo na ausência do diagnóstico laboratorial do parceiro, é ideal que comece a fazer o tratamento, para que não possa ocorrer novamente a contaminação da gestante. Caso não ocorra o tratamento devido, a gestante passa a sífilis para o bebê, sendo considerado sífilis congênita (SC).

Caso a sífilis congênita se faça presente, deverá seguir um dos esquemas que se encontra no quadro abaixo:

**Quadro 1** – Esquema de tratamento para SC

A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar*, além de outros exames, quando houver indicação clínica.	
<b>Situação</b>	<b>Esquema proposto</b>
A1 – Presença de alterações clínicas e/ ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; OU Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias
A2 – Presença de alteração liquórica	Penicilina cristalinaa , na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas, e teste não treponêmico não reagente	Penicilina G benzatinab, na dose única de 50.000 UI/kg, IM. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1
B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR.	
<b>Situação</b>	<b>Esquema proposto</b>

B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações liquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração liquórica	Esquema A2
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN.	
<b>Situação</b>	<b>Esquema proposto</b>
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento c, deve se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações liquóricas	Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) Esquema A3 (penicilina G benzatina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)
* Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis. a) Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando o uso da penicilina cristalina. b) O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina. c) O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas clínicos. O pediatra, quando da alta hospitalar, deve esclarecer a mãe sobre os riscos da não identificação da criança caso ela tenha sífilis (sequelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro).	
Nota: Na indisponibilidade de penicilina cristalina, penicilina G benzatina e penicilina G procaína, constitui-se opção terapêutica: • Ceftriaxona 25mg-50mg/kg peso/dia IV ou IM, por 10 a 14 dias Ressalta-se, contudo, que os dados são insuficientes com relação à eficácia de tratamentos não penicilínicos para sífilis congênita. Assim, o RN ou a criança com sífilis congênita deverão ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 30 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica.	

**Fonte:** DDAHV/SVS/MS, BRASIL, 2015.

Algumas orientações são necessárias durante o tratamento. Uma das mais importantes é que exista a orientação e educação em saúde por meio de ações para que os indivíduos envolvidos possam obter informações. Durante o tratamento, deve ser feito o acompanhamento com todas as pessoas infectadas pelo menos nos últimos três meses, orientação para que as mulheres infectadas possam realizar as práticas sexuais de forma segura para não ocorra mais contaminação e recomendando o uso regular do preservativo durante; após o tratamento, deve-se realizar exames trimestrais após tratamento, para que



ocorra a confirmação adequada da cura. Em caso de interrupção do tratamento, deve ser reiniciada imediatamente (BRASIL, 2005).

A prevenção acontece com atos de Educação em Saúde, através de medidas de controle como exames de rotinas, orientação sobre o uso de preservativos em todas as relações sexuais. Quando a assistência do pré-natal é de fácil acesso, não se deve iniciar de forma tardia. É importante ter uma boa qualidade no atendimento das consultas do pré-natal, sendo seis no mínimo (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

## **2.2 Acompanhamento da sífilis pela estratégia saúde da família**

A criação da estratégia saúde da família surgiu no ano 1994. Foi criada pelo ministério da saúde com o intuito de assumir o modelo antigo, que se chamava programa saúde da família (PSF), criado em meio à mudança dentro da organização de saúde. Os profissionais que atuavam nesse programa precisavam conhecer a família e identificar os problemas de saúde daquela área. A ESF é uma proposta de um novo modelo de assistência à saúde, que passou por mudanças para que ocorra melhoria no serviço. Algumas mudanças são na forma de atendimento que busca obter um acolhimento de forma integral. Deixa de ser uma assistência centrada no médico e passa a ter uma equipe multiprofissional. Há o intuito não só de curar a doença que está instalada, mas sim de passar medidas preventivas, ações educativas, promoção de saúde e a reabilitação (SORATTO, 2015).

Com essa nova forma de atendimento à saúde, é possível ver as melhorias da assistência. Com essa forma, a procura pela unidade aumenta. Uma vez que é oferecida a entrega de medicamentos e a assistência no pré-natal com a solicitação de todos os exames necessários, é feita a cobertura total da criança desde os seus primeiros dias de vida com total cobertura vacinal, diminuindo assim o índice de mortalidade; no caso da saúde do adulto, obtém-se o controle de pressão arterial e de outras doenças (SORATTO, 2015).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a composição mínima de um médico preferencialmente especialista em medicina da família ou da comunidade, um enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo fazer parte da equipe o agente de combate à Endemia e os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um auxiliar ou técnico em saúde bucal (PNAB, 2017).

A atuação da equipe na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é de forma multidisciplinar, em que cada profissional contribui para o atendimento dos pacientes. Todos

participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando os indivíduos e grupos familiares, mantém de forma atualizada os cadastros, realizam os cuidados a todos de forma específica a cada um indivíduo, tanto no âmbito da unidade como, quando necessário, a visita domiciliar e realizam ações preventivas de acordo com a necessidade do local (PNAB, 2017).

Uma das atribuições da Estratégia Saúde da Família é contribuir para a superação de preconceitos sobre a questão de doenças transmissíveis, promovendo a interação dessas pessoas com a comunidade, contribuir com o aumento de promoção, prevenção de doenças com estratégias de acordo com a comunidade, garantindo o atendimento a todos que estão vulneráveis a essas infecções, atuando de forma integral com a equipe devidamente especializada nessa área (BRASIL, 2006).

Na Unidade Básica de Saúde, a prevenção é de extrema importância. Medidas de educação em saúde são oferecidas para que a população tenha conhecimento sobre devidas doenças. Entre as medidas, a explicação da causa, da transmissão, formas de prevenção de forma clara com um bom diálogo para que todos possam ter conhecimento. No caso da sífilis, ter um bom atendimento, explicando as questões de relação sexual, incentivando o tratamento do parceiro, uso de preservativos e, no período da gestação, reforçar o controle no pré-natal e uso de preservativo (BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para os pacientes. Ela tem a finalidade informativa por meio de ações de educação em saúde. Será na unidade que os pacientes buscam atendimento e, dessa forma, poderá ser reduzido o número de pacientes com doenças infecto contagiosas, tendo o papel de oferecer um atendimento de forma integral, sendo oferecido um serviço muito mais amplo, de forma universalizada, descentralizada, hierarquizada e com a participação popular com a intenção de ser um prestador de serviço de qualidade que atenda toda a população (BRASIL, 2006).

### 3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Estudo ecológico, retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado em setembro de 2021, por meio da análise dos dados do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A pesquisa abrangeu o estado da Paraíba e a sequência operacional da coleta foi clicar nos seguintes direcionamentos do sítio de acesso governamental: DATASUS; Acesso à Informação; TABNET Informações em Saúde; Epidemiológicas e Morbidade; Doenças e Agravos de Notificação 2007 em diante; Sífilis em Gestante; Abrangência dos Dados; Dados Estaduais; Subcategoria Paraíba; Baixar Arquivos. Cabe ressaltar que o ícone “2007 em diante” é o período mais antigo no sistema, embora as apresentações anuais tenham o compilado de 2005 a 2009.

As variáveis analisadas foram: Faixa Étnica, Escolaridade, Cor ou Raça, Idade Gestacional, Esquema de Tratamento, Classificação Clínica. Os dados foram transportados em planilha do Microsoft Office Excel® e analisados no mesmo programa por meio da estatística descritiva com frequência e percentual através da geração de tabelas. Preferiu-se utilizar os dados do sistema até 2019, considerando que o ano de 2020 foi um ano atípico, devido à pandemia da COVID-19, podendo ter impacto na fidedignidade dos dados inseridos nos sistemas de informação.

Não se tornou necessária a tramitação ética, pois os dados foram provenientes de dados secundários dos sítios oficiais do Ministério da Saúde, estando em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 RESULTADOS

As mulheres foram caracterizadas quanto à faixa etária, etnia/cor e escolaridade. Na Paraíba, houve maior prevalência de mulheres com escolaridade maior que 8 anos, faixa etária de 20 a 29 anos e parda (Tabela 1).

**Tabela 1** – Mulheres acometidas por sífilis quanto à faixa etária, escolaridade e cor. Paraíba, 2021.

Variáveis	2005-2009	2010-2014	2015-2019	Total
<b>Faixa etária (N=4.918)</b>	(%)	(%)	(%)	(%)
10 a 14 anos	11 (1,6)	24(1,6)	42(1,5)	77(1,6)
15 a 19 anos	110 (16,3)	357(23,9)	688(25)	1.155(23,4)
20 a 29 anos	384 (56,8)	789(52,8)	1.452(52,8)	2.625(53,3)
30 a 39 anos	149 (22)	296(19,8)	514(18,7)	959(19,4)
40 anos ou mais	18 (2,7)	27(1,8)	53(1,9)	98(2)
Ignorado	4 (0,6)	*	*	4(0,8)
Total	676 (100)	1.493(100%)	2.749(100%)	4.918(100)
<b>Escolaridade (N=4.598)</b>	(%)	(%)	(%)	(%)
Sem escolaridade	12(2,9)	31(2,1)	23(0,8)	66(1,4)
Até 8 anos	96(23)	320(21,4)	378(14)	794(17,2)
≥8 anos	156(37,5)	634(42,4)	1.514(56,3)	2.304(50,1)
Ignorado	152(36,5)	508(34)	774(28,7)	1.434(31,2)
Total	416(100)	1.493(100)	2.689(100)	4.598(100)
<b>Etnia/Cor (N=4.721)</b>	(%)	(%)	(%)	(%)
Branca	129(18,9)	223(14,9)	332(13)	684(14,4)
Preta	68(9,1)	128(8,5)	168(6,5)	364(7,7)
Amarela	12(1,7)	11(0,7)	19(0,7)	42(0,8)
Parda	373(54,7)	1.025(68,6)	1.878(73,7)	3.276(69,3)
Indígena	2(0,3)	4(0,2)	10(0,3)	16(0,3)
Ignorado	97(14,2)	102(6,8)	140(5,4)	339(7,1)
Total	681(100)	1.493(100)	2.547(100)	4.721(100)

**Fonte:** Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

\* Sem registro no banco de dados.

As mulheres foram caracterizadas quanto à idade gestacional, esquema de tratamento, classificação clínica. Na Paraíba, houve maior prevalência de mulheres com idade gestacional do 3º trimestre (Tabela 2).

**Tabela 2** – Mulheres acometidas por sífilis quanto à idade gestacional, esquema de tratamento e classificação clínica. Paraíba, 2021.

Variáveis	2005-2009	2010-2014	2015-2019	Total
<b>Idade gestacional (N=4.603)</b>	(%)	(%)	(%)	(%)
1° Trimestre	71(17)	220(14,7)	609(22,6)	900(19,5)
2° Trimestre	102(24,5)	394(26,3)	724(26,8)	1.220(26,5)
3° Trimestre	203(4,7)	754(50,5)	1.181(43,8)	2.138(46,4)
Idade gestacional ignorada	40(9,6)	125(8,3)	180(6,6)	345(7,4)
Total	416(100)	1.493	2.694(100)	4.603(100)
<b>Esquema de tratamento (N=2.172)</b>			(%)	
Penicilina	*	*	1.896(87,2)	*
Outro esquema	*	*	68(3,1)	*
Não realizado	*	*	120(5,5)	*
Ignorado	*	*	88(4)	*
Total			2.172(100)	
<b>Classificação clínica (N=4.658)</b>	(%)	(%)	(%)	(%)
Sífilis Primária	169(40,6)	522(35)	989(36)	1.680(36)
Sífilis Secundária	26(6,2)	85(5,6)	159(5,7)	270(5,7)
Sífilis Terciária	12(2,8)	71(4,7)	146(5,3)	229(4,9)
Sífilis Latente	123(29,5)	308(20,6)	501(18,2)	932(20)
Ignorado	86(20,6)	507(34)	954(34,7)	1.547(33,2)
Total	416(100)	1.493(100)	2.749(100)	4.658(100)

**Fonte:** Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

\* Sem registro no banco de dados.

As crianças foram caracterizadas quanto à idade, realização de pré-natal pela mãe, momento do diagnóstico da sífilis congênita, diagnóstico final e óbitos em menores de um ano. Na Paraíba, houve maior prevalência de crianças com menos de 7 dias, realização do pré-natal, o diagnóstico durante o pré-natal e no momento do parto/curetagem e com sífilis congênita recente (Tabela 3).

**Tabela 3** – Sífilis congênita quanto à idade da criança, à realização de pré-natal pela mãe, momento do diagnóstico, diagnóstico final e óbitos. Paraíba, 2021.

<b>Variáveis</b>				
<b>Idade da Criança (N= 2.473)</b>	<b>2005-2009</b>	<b>2010-2014</b>	<b>2015-2019</b>	<b>Total</b>
		(%)	(%)	(%)
Menos de 7 dias	*	915(96,8)	1.480(97)	2.395(96,8)
7 a 27 dias	*	11(1,1)	25(1,6)	36(1,4)
28 a 364 dias	*	14(1,4)	19(1,2)	33(1,3)
1 ano	*	3(0,3)	2(0,1)	5(0,2)
2 a 4 anos	*	*	1(0,06)	1(0,04)
5 a 12 anos	*	2(0,2)	1(0,06)	3(0,1)
Ignorado		*	*	*
Total		945(100)	1.528(100)	2.473(100)
<b>Realização de Pré-Natal (N=3.287)</b>	<b>2005-2009</b>	<b>2010-2014</b>	<b>2015-2019</b>	<b>Total</b>
Sim	663(81,4)	778(82,3)	1.315(86)	2.756(83,8)
Não	129(15,8)	138(14,6)	191(12,5)	458(14)
Ignorado	22(2,7)	29(3)	22(1,4)	73(2,2)
Total	814(100)	945(100)	1.528(100)	3.287(100)
<b>Momento do Diagnóstico (N=2.720)</b>	<b>2007-2009</b>	<b>2010-2014</b>	<b>2015-2019</b>	<b>Total</b>
Durante o pré-natal	90(36,4)	361(38,2)	760(49,7)	1.211(44,5)
No momento do parto/curetagem	95(38,4)	430(45,5)	658(43)	1.183(43,4)
Após o parto	50(20,2)	113(12)	61(4)	224(8,2)
Não realizado	1(0,4)	5(0,5)	6(0,3)	12(0,4)
Ignorado	11(4,4)	36(3,8)	43(2,8)	90(3,3)
Total	247(100)	945(100)	1.528(100)	2.720(100)
<b>Diagnóstico Final (N=2.473)</b>	<b>2005-2009</b>	<b>2010-2014</b>	<b>2015-2019</b>	<b>Total</b>
Sífilis congênita recente	*	861(91,1)	1.382(90,4)	2.243(90,6)
Sífilis congênita tardia	*	2(0,2)	2(0,1)	4(0,1)
Aborto por sífilis	*	25(2,6)	67(4,3)	92(3,7)
Natimorto por sífilis	*	57(6)	77(5)	134(5,4)
Total		945(100)	1.528(100)	2.473(100)
<b>Óbitos em menores de um ano (N=26)</b>	<b>2005-2009</b>	<b>2010-2014</b>	<b>2015-2019</b>	<b>Total</b>
Casos	*	14	12	26

Fonte: Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

\* Sem registro no banco de dados.

## 5 DISCUSSÃO

Em relação aos dados da Tabela 1, acredita-se que o aumento de casos de mulheres com sífilis com faixa etária de 20 a 29 anos se dá devido à idade reprodutiva. Com a escolaridade maior de 8 anos, são mulheres que possuem um determinado conhecimento, o que difere de estudos realizados, em que o maior índice é de escolaridade abaixo de 8 anos. Mesmo com conhecimento, as mulheres ainda ficam vulneráveis, pela falta de proteção nas relações sexuais, sendo indicado maior atenção aos programas de controle.

Mulheres de cor parda foram as mais expostas. De acordo com IBGE, 46,8% dos brasileiros se autodeclararam pardos, tendo em vista que pessoas que se declaram pardos tem uma renda mais baixa, em que se descartam as desigualdades nas condições de saúde. Sobre a etnia ignorada, acredita-se que muitas dessas mulheres não conseguem se autodeclarar, pois somente a própria pessoa pode saber qual sua cor/etnia, tendo em consideração a sua origem (BRASIL, 2018). Ou ainda, é possível que os registros não sejam satisfatórios.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a etnia está relacionada ao nível de pobreza. Devido à inclusão parcial da cor ou raça parda, preta ou indígena, os níveis de vulnerabilidade econômica e social aumentaram, levando em consideração que essas pessoas vivem em desigualdades, em que, na maioria das vezes, são menos assistidas, com o acesso restrito à saúde e se tornando mais vulneráveis às doenças (IBGE, 2020).

Entretanto, não podemos afirmar que pessoas menos favorecidas são as mais acometidas pela doença em questão. Ao contrário, independente da situação social e econômica, todos estão susceptíveis a doença (PADOVANI, 2018). O estudo realizado em Sobral, no estado do Ceará, mostra que o perfil encontrado era o mesmo da Paraíba, sendo mulheres com o mesmo perfil, em idade reprodutiva, pardas e com a escolaridade maior de oito anos (MARQUES, 2018).

Em relação à Tabela 2, acredita-se que o aumento de gestantes com sífilis de idade gestacional no terceiro e segundo trimestre se deve ao início tardio do pré-natal. A classificação clínica com maior índice é a sífilis primária, em que já é possível identificar algum tipo de sintoma, que é o cancro duro na região da genitália. Sobre a sífilis latente, ela pode ser classificada em latente recente e latente tardia. É assintomática e só descoberta após a realização do teste (SIGNOR, 2018).

A sífilis primária tem maior transmissibilidade, devido à riqueza de treponemas nas lesões, que geralmente é única e indolor, com borda bem definida, regular, que é denominada cancro duro, cujo período de incubação é de 10 a 90 dias. Ela tem duração em média de 3 a 8 semanas, podendo desaparecer, independente de tratamento. Essa lesão pode não ser percebida ou não ser valorizada pela paciente, acarretando em ainda mais transmissão aos parceiros sexuais, devido à relação sexual desprotegida (BRASIL, 2018).

Os dados do esquema de tratamento da última década foram subnotificados, ficando apenas os dados de 2015 a 2019. Desses resultados, o maior esquema de tratamento utilizado é a penicilina, que é recomendada pelo Ministério da Saúde, como medicamento de primeira escolha, por ser eficaz no tratamento e na cura da sífilis. A penicilina é o único que previne a transmissão vertical, pois ela ultrapassa a barreira transplacentária. O tratamento deve ser feito de forma adequada. Ele é satisfatório quando é realizado o acompanhamento da infecção da gestante, dosagem correta e tempo de conclusão são finalizados em até 30 dias antes do parto (DOMINGUES, 2020).

Ainda conforme o autor supracitado, quando a gestante possui alergia à penicilina, é feita a administração da eritromicina, tendo em vista que não é considerada adequada, pois não ultrapassa a barreira transplacentária, sendo obrigatório o tratamento da criança logo após o seu nascimento. Além disso, sabe-se que a aplicação pode ser feita na Atenção Básica de Saúde, logo após a detecção da doença, que pode ser prescrita pelo médico e enfermeiro. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e a lei do exercício profissional de enfermagem Lei nº 7.498/86, o enfermeiro é apto à prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública. É realizado o acompanhamento com eficácia pré-natal para que seja possível a prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2017; COFEN, 1986).

Os dados indicam que algumas mulheres não realizaram o tratamento. Quando isso acontece, uma grande incidência no risco de prematuridade, má formação do feto, mortalidade fetal precoce ou tardia e maior frequência de internações hospitalares (BRASIL, 2006; SIGNOR, 2018).

Na Tabela 3, foi analisada a sífilis congênita quanto à idade da criança; no período de 2005 a 2009, os dados foram subnotificados. Os dados notificados a partir de 2010 mostram que as crianças diagnosticadas com sífilis são as com idade de menos de sete dias. Em relação ao pré-natal no ano de 2015 a 2019, houve um grande aumento quando comparado aos dados antigos. Isso mostra que talvez as mulheres tenham procurado os serviços para ter o acompanhamento da gestação, ou então, mais mulheres têm sido infectadas ao longo dos



anos. Sugere-se que esses números também possam ser reflexos de maiores investimentos em protocolos ministeriais.

Na atualidade, foi pactuada a Agenda de Ações Estratégicas para a redução da Sífilis no Brasil em 2020/2021, em que as propostas são o fortalecimento das redes de saúde, da vigilância, resposta rápida da doença, ampliação dos comitês de investigação para prevenção da transmissão vertical, para que a redução da sífilis seja ainda mais efetiva. Por mais que, no último ano, tenha ocorrido uma redução nos casos de sífilis, essa redução pode estar relacionada com a demora na notificação, devido aos profissionais de saúde estarem voltados ao controle do COVID-19 (BRASIL, 2020).

Sobre isso, em 2016, foi lançado o protocolo de atenção às mulheres, que aborda diversos saberes com o intuito de nortear os profissionais para as tomadas de decisões no atendimento, com boas práticas, de acordo com cada realidade. Nesse protocolo, aborda-se a sífilis, em que há um norteador para os profissionais seguirem durante o atendimento do pré-natal, para que, dessa forma, as condutas sejam feitas de forma eficaz, oferecendo um atendimento de qualidade a cada mulher e gestante (BRASIL, 2016).

Apesar dos dados anteriores, acredita-se que ainda exista deficiência na atenção básica quanto ao diagnóstico precoce da sífilis nas gestantes. Essa deficiência pode ser observada nos dados, em que 1.183 recém-nascidos notificados só foram diagnosticados com sífilis congênita no momento do parto ou curetagem, semelhante ao estudo realizado em Vitória-ES nos de 2015 a 2017, em que a maior parte das gestantes descobriu a doença na criança nas mesmas situações de parto/curetagem. Não obstante, os dados mostraram que, ainda que seguindo o pré-natal, 75% das gestantes não tiveram o VDRL realizado no tempo adequado. Tal resultado pode mostrar falha no acesso aos exames (SILVA, 2020). Os resultados desse estudo mostraram que a maioria dos casos obteve classificação final em sífilis congênita recente, que é quando os sinais e sintomas aparecem antes dos dois anos de vida.

O tratamento da parceria sexual de pessoas com sífilis é recomendado para que a cadeia de transmissão seja interrompida. Todos esses devem ser assistidos e encaminhados para serem testados, pois, quando esse é ignorado, o aumento de transmissibilidade é no período de 30 dias após a exposição. É sugerido que as parcerias sexuais realizem um tratamento com dose única de benzilpenicilina, devendo ser mantida a confidencialidade e proteção contra discriminação desse paciente (BRASIL, 2021).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo atendeu ao objetivo proposto, trazendo uma caracterização das mulheres e crianças com sífilis na Paraíba. Os dados foram analisados através da estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa. A sífilis obteve maior prevalência em mulheres de faixa etária de 20 a 29 anos, com escolaridade maior de oito anos, de etnia parda, no terceiro trimestre de gestação, com uso da penicilina, classificada com sífilis primária, com a realização do pré-natal, diagnosticadas durante pré-natal, além de atingir crianças menores de sete dias, com sífilis congênita recente.

Quanto às limitações da pesquisa, muitos dados não constavam no sistema de informação, não trazendo de fato a real magnitude da doença na Paraíba. Além disso, estudos ecológicos não permitem o conhecimento da causa do problema. Eles apenas refletem as prevalências, deixando as explicações a critério dos acontecimentos sociais e/ou inferências do pesquisador.

Os resultados dessa investigação traz um panorama dos casos da doença na Paraíba, alertando os profissionais da atenção básica e nível secundário para o perfil das mulheres e crianças atingidas, podendo favorecer a criação de ações que sejam voltadas a este público, no sentido de otimizar a realização de estratégias que acolham e atendam de maneira satisfatória as pessoas acometidas pela sífilis. Além disso, esses dados podem direcionar gestores e profissionais de saúde para treinamentos efetivos na área.

Sugerem-se novos estudos com as mulheres na atenção básica durante o pré-natal, considerando-no como primeiro acesso dessas mulheres no sistema de saúde. Torna-se relevante que a equipe multidisciplinar realize a busca ativa dessas gestantes faltosas. Devem ser realizadas ações adequadas com a população sobre a conscientização das práticas sexuais inseguras e a importância do autocuidado, principalmente aos que estão em vulnerabilidade individual, social e programática.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, E.M. de. **Metodologia da investigação quantitativa e qualitativa**: normas técnicas de apresentação de trabalhos científicos. 2ª Ed. Assunção: PY, 2012.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, mar-abr 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002). Acesso em: 14 abr. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n<sup>o</sup> 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 06 maio 2019.
- BRASIL. **Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e da outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em: 18 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de implementação do quesito raça/cor/etnia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_implementacao\\_raca\\_cor\\_etnia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf). Acesso em: 10 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica**: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em 16 nov. 2021.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim epidemiológico de sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_ate](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_ate)

ncao\_integral\_pessoas\_infeccoes\_sexualmente\_transmissiveis.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e Aids. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis\\_manual\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_sifilis_manual_bolso.pdf). Acesso em: 19 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf). Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 20 abr. 2019.

CHEHUEN, N. J. A. **Metodologia da pesquisa científica**: da graduação à pós-graduação. Curitiba: CRV, 2012.

COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM). **Resolução COFEN nº 564,06 de dezembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [S. l.]: 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 06 maio 2019.

DATASUS (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS). **Sífilis em gestantes casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação Paraíba**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/sifilisgestantepb.def>. Acesso em: 13 mar. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nH9v3WzrWR5p8G5BLTNmtck/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 nov. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONÇALVES, H. A. **Manual do método da pesquisa científica**. 2. ed. São Paulo: ed. Avercamp, 2014.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor->

ou-raca.html?=&t=sobre. Acesso em: 13 nov. 2021.

KOMKA, M.R.; LAGO, E.G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out-dez. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2115/2630>. Acesso em: 11 abr. 2019.

LIMA, V. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Revista da Saúde e Ciências Biológicas**, Sobral, v. 5, p. 56-61, jan-mar. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1012/406>. Acesso em: 11 mar. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MAROSKOSKI, M. *et al.* Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba- PR. **Revista Saúde Pública**, Paraná, p. 47-58, Jul. 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/326671073\\_Perfil\\_de\\_gestantes\\_adolescentes\\_diagnosticadas\\_com\\_sifilis\\_em\\_Curitiba-PR](https://www.researchgate.net/publication/326671073_Perfil_de_gestantes_adolescentes_diagnosticadas_com_sifilis_em_Curitiba-PR). Acesso em: 11 Abr. de 2019.

MARQUES, J. V. S. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **Revista de Políticas Públicas Sonare**, Sobral, v. 17, n. 2, p. 13-20, Jul./Dez. 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665>. Acesso em: 13 nov. 2021.

NETO, J. A. C. **Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2012.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3019, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/abstract/?lang=es>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PNAB (POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA). **Princípios e diretrizes gerais da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2017 Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 19 mar. 2019.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa da Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistência. **Revista Latino de Enfermagem**, São Paulo, nov-dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 13 maio 2019.

SIGNOR, M. *et al.* Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 2, p. 398-406, fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230522/2784>. Acesso em:

15 nov. 2021.

SILVA, B. L. *et al.* Caracterização epidemiológica da sífilis em gestantes e recém-nascidos em um hospital universitário. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v. 22, n. 3, p. 131-139. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28083/23356>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, D, A, R. *et al.* Prevalência de sífilis em mulheres. **Revista Enfermagem em Foco**, Porto Alegre, v. 8, n.3, p. 61-64, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/891/401>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, abr.-jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf). Acesso em: 17 maio. 2019.

SUTO, C. S. S. *et al.* Assistência pré-natal à gestante diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. p. 18-33, ago.-dez. 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1544/pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Sífilis na Gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. **Revista Brasileira da Promoção à Saúde**, Fortaleza, p. 85-92, dez. 2016. Disponível em : <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409/5216>. Acesso em: 10 mar. 2019.