

INDICADORES DE SAÚDE: PROPOSTA DE TRABALHO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES EM UM MUNICÍPIO DO LESTE DE MINAS GERAIS

HEALTH INDICATORS: PROPOSED WORK TO REDUCE THE NUMBER OF SYPHILIS CASES IN PREGNANT WOMEN IN A MUNICIPALITY OF EAST MINAS GERAIS

ALINE ARAÚJO ALVES^{1*}, ALINE ARAÚJO MATIAS BICALHO¹, ALINE DOS REIS PINHO¹, SANDRA CRISTINA JUSTO DE SOUZA¹, ERIKA COSTA NEIVA²

1. Acadêmico do curso de graduação de enfermagem da Faculdade Única de Ipatinga; 2. Enfermeira auditora; MBA em controle, avaliação e auditoria em serviços de saúde; Especialização em Saúde da Mulher e sua biodiversidade Materno infantil; Especialização em saúde pública com ênfase em saúde da família; Docente na Faculdade Única de Ipatinga; Bacharelado em enfermagem- Faculdade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC/Ipatinga-MG

* Rua Cecília Campos, 149, Industrial, Santana do Paraíso, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35179-000. alinearaujo1997@hotmail.com

Recebido em 05/07/2020. Aceito para publicação em 10/08/2020

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de origem sistêmica e evolução crônica, apresentando lesões cutâneas temporárias, sujeita a notificação compulsória e acometendo mulheres na gestação. A sífilis gestacional possui diagnóstico simples e de fácil tratamento, na qual os cuidados precoces durante o pré-natal e tratamento adequado das gestantes e seus parceiros diagnosticados com sífilis, são fundamentais para prevenção e redução da incidência de Sífilis Congênita (SC), porém permanece com alta incidência e prevalência, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento. O objetivo geral do estudo foi desenvolver uma revisão bibliográfica referente à Sífilis gestacional, permitindo evidenciar seu padrão epidemiológico em um município do Leste de Minas Gerais. Portanto, o desenvolvimento de pesquisas sobre a Sífilis Gestacional contribui para a propagação de informações para os profissionais da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, que atuam diretamente com o público susceptível para a contaminação dessa doença infectocontagiosa. Deste modo, os profissionais poderão desenvolver medidas mais efetivas para a abordagem à população, visando a redução do número de casos, sendo esses possuírem alta incidência e prevalência, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis, gestação, enfermagem, congênita.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease of systemic origin and chronic evolution, with temporary skin lesions, subject to compulsory notification and affecting women during pregnancy. Gestational syphilis has a simple diagnosis and is easy to treat, in which early care during prenatal care and adequate treatment of pregnant women and their partners diagnosed with syphilis are essential for the prevention and reduction of the incidence of Congenital Syphilis (SC), however it remains with high incidence and prevalence,

mainly in poor or developing countries. The general objective of the study was to develop a bibliographic review referring to gestational syphilis, making it possible to highlight its epidemiological pattern in a municipality in eastern Minas Gerais. Therefore, the development of research on Gestational Syphilis contributes to the spread of information to health professionals, especially the nursing team, who work directly with the public susceptible to the contamination of this infectious disease. In this way, professionals will be able to develop more effective measures to approach the population, aiming at reducing the number of cases, since these have a high incidence and prevalence, mainly in poor or developing countries.

KEYWORDS: Syphilis, gestation, nursing, congenital.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de origem sistêmica e evolução crônica, apresentando lesões cutâneas temporárias, sujeita a notificação compulsória e acometendo mulheres na gestação. A sífilis gestacional possui diagnóstico simples e de fácil tratamento, na qual os cuidados precoces durante o pré-natal e tratamento adequado das gestantes e seus parceiros diagnosticados com sífilis, são fundamentais para prevenção e redução da incidência de Sífilis Congênita (SC), porém permanece com alta incidência e prevalência, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento. A transmissão vertical da doença ainda apresenta-se como um problema de saúde pública no país por estar entre as enfermidades transmissíveis no período gravídico-puerperal com maior taxa de infecção, com taxas entre 30% e 100%, dependendo da fase clínica da gestante¹.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde, no período de 2005 a junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

259.087 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,1% foram casos residentes na Região Sudeste; 20,5% no Nordeste; 14,7% na Região Sul; 10,5% na Região Norte e 9,1% no Centro-Oeste. O número de casos notificados em comparação ao ano anterior evidencia aumento em quase todas as regiões do Brasil, com destaque para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Este aumento pode ser atribuído à mudança no critério de definição de casos a partir de outubro de 2017 que passou a considerar pré-natal, parto e puerpério para notificação de sífilis em gestante, além da implantação da testagem rápida na Atenção Primária, que otimizou o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce para a sífilis².

Em mais de 50% dos recém-nascidos de mulheres com sífilis adquirida durante a gravidez, a infecção é assintomática, os primeiros sintomas surgem aproximadamente com 3 meses de vida, reforçando a importância da triagem sorológica da gestante na maternidade. O Ministério da Saúde (MS), ciente dos riscos perinatais e da gravidade provocada pela sífilis gestacional, incluiu em 2005 a enfermidade na lista nacional de doença de notificação compulsória, segundo a portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005. Para fim de vigilância epidemiológica, serão considerados casos de sífilis gestacional todas as mulheres com evidências clínicas e sorológica não treponêmica reagente e teste treponêmico positivo ou não realizado³.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, desenvolvido em um município do Leste de Minas Gerais. O estudo descritivo visa apresentar as características de determinada população, fenômeno ou experiência. A pesquisa quantitativa tem como principal objetivo a verificação estatística de uma hipótese a partir de dados concretos e quantificáveis.

O levantamento de dados foi realizado no mês de setembro de 2019, através de uma tabulação e levantamento do banco de dados do sistema de informação de agravos e notificações do município, dados esses obtidos do ano de 2015 até 30 de junho de 2018. Foi necessário uma abordagem qualitativa, através de uma análise criteriosa dessas informações para se chegar as respostas e teorias para o problema de pesquisa do estudo.

A revisão bibliográfica do estudo, foi feita com base em dados online Scielo e do Google acadêmico, que consiste em uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção de artigos científicos e revistas especializadas. E também foram utilizados 5 manuais do Ministério da Saúde, totalizando 41 artigos empregados no estudo, sendo estes relacionados aos profissionais da área da saúde, tendo como palavras-chaves “sífilis em gestantes”, em um recorte de tempo de 2005 a 2019.

O presente estudo teve como questão norteadora o aumento do número de casos de sífilis em gestante nos últimos 5 anos, de acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, referentes a

um município do Leste de Minas Gerais.

3. DESENVOLVIMENTO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) representam um grave problema de saúde pública, resultando em danos sociais, econômicos e sanitários, atingindo grande parte da população, especialmente mulheres e crianças⁴.

Entre as ISTs, a sífilis se destaca, por ser uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, que tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório, e que causa graves consequências para o feto quando acomete mulheres na gestação. Portanto, a notificação da sífilis representa um indicador importante para a atenção no pré-natal e puerperal, contribuindo para a saúde materna e neonatal⁵.

Segundo Ramos & Boni (2018)⁶, a sífilis é adquirida durante as relações sexuais desprotegidas ou por transmissão vertical, pela disseminação hematogênica bacteriana na circulação sanguínea da mãe que atravessa a barreira placentária infectando o feto, podendo acontecer em qualquer momento da gravidez. A transmissão também pode ocorrer pelo aleitamento materno, caso a parturiente apresente lesões mamárias.

Dependendo do estágio da sífilis materna, a transmissão ocorre com uma taxa que varia de 30 a 100%, sendo a principal causa de óbito fetal. Embora os registros de sífilis congênita (SC) sejam muito dependentes da qualidade das notificações e dos sistemas de vigilância epidemiológica de estados e municípios, os dados oficiais no Brasil mostram que entre os anos de 2000 a 2009 ocorreram 52.541 casos, com incidência variável entre as diferentes regiões. No Ceará, nesses mesmos anos foram registrados 2.747 casos com taxa de incidência de 0,1 a 4,7% de casos por 1.000 nascidos vivos⁷.

Políticas públicas voltadas para saúde materno-infantil, contribuíram para aumento do diagnóstico precoce e notificações em gestantes, como o uso do teste rápido para sífilis. Assim, se torna importante conhecer as características de gestantes e crianças infectadas, pois a partir dos dados epidemiológicos e de uma notificação compulsória eficaz e efetiva, serão formuladas políticas públicas para controle dessa doença infecciosa⁸.

A sífilis apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a adquirida sujeita à notificação compulsória, de acordo com a Portaria nº 542, 22 de novembro de 1986. A sífilis precoce e tardia, dependendo do tempo de infecção e do grau de infectividade são classificadas em primária, secundária, latente e terciária. A sífilis congênita apresenta-se de forma variável, desde assintomática, em 70% dos casos, até formas mais graves⁹.

A sífilis primária se caracteriza pelo surgimento do cancro duro, sendo a lesão mais específica, podendo evoluir para sífilis secundária caso não seja tratada. As manifestações na fase secundária da doença aparecem

de quatro a dez dias após o surgimento do cancro primário, pela disseminação da bactéria no sistema linfático e sanguíneo¹⁰.

Na sífilis latente, há ausência de manifestações clínicas sintomáticas. Já na fase terciária, a infecção acomete pele e mucosas podendo provocar lesões no sistema nervoso (neurosífilis) e cardiovascular, ocorrendo nessa fase, a formação do granuloma destrutivo. A sífilis congênita é decorrente da infecção materna pela bactéria durante a gestação causando sérios problemas para o feto, como o aumento da morbidade na vida intrauterina que contribuem para o aborto, nati e neomortalidade, e complicações nos nascidos vivos, dentre elas, partos prematuros, baixo peso, lesões cutâneo-mucosas, problemas respiratórios, anemia, hepatoesplenomegalia, deformidades ósseas, além de elevar os níveis de morte dos recém-nascidos, o que fez com que a sífilis gestacional se tornasse uma doença de notificação compulsória conforme previsto na portaria MS/VSVn° 33, assinada em julho de 2005¹¹.

Fatores de risco para sífilis gestacional

A cada ano cerca de 2 milhões de gestantes, no mundo, são infectadas pela sífilis, sendo que a maioria destas não realizam o teste para a infecção, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou não recebem o tratamento. Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao feto, levando a resultados adversos como morte fetal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou sífilis congênita¹².

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis, no Brasil no ano de 2015, foram notificados 33.365 casos de sífilis gestacional, correspondendo a 11,2% de casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos. Em 2010 a taxa era de 3,3% de casos por mil nascidos vivos, obtendo-se um aumento de 202% em cinco anos. Nas regiões Sul e Sudeste do país, os dados são ainda mais preocupantes, a taxa de detecção foi de 15,1% e 12,6% de casos, em gestantes por mil nascidos vivos, superando a taxa nacional. Nos últimos dez anos, houve um aumento progressivo na taxa de incidência de sífilis congênita, passando de 2% dos casos por mil nascidos vivos em 2006, a 6,5% de casos por mil nascidos vivos em 2015¹³.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que na América Latina e Caribe, 330.000 gestantes soropositivas para sífilis não recebam o tratamento para a doença durante as consultas de pré-natal a cada ano, e que dois terços dos casos de sífilis em gestantes resultem em sífilis congênita. Nos países da região, a cobertura do diagnóstico da sífilis nas gestantes que realizaram o pré-natal no ano de 2010 foi de apenas 61%. Coberturas de diagnóstico mais elevadas foram observadas nos países do Caribe (82%) e do Cone Sul (76%). No Brasil, em um estudo de base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012, estimou uma prevalência de sífilis na gestação de 1,02% e uma cobertura de testagem para sífilis durante a assistência

pré-natal de 89,1%¹⁴.

A sífilis congênita é considerada um evento adverso em saúde, pois reflete a eficácia dos programas de controle e dos serviços oferecidos na assistência de pré-natal. Pensando nisso, em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. Porém, apesar da atenção recebida por parte dos órgãos de saúde pública nacionais e internacionais, os dados apresentados mostram que o número de casos de SC continua crescendo. Um estudo nacional de base hospitalar realizado no Brasil em 2012, concluiu que o controle da sífilis gestacional no país está deficiente, sendo assim a incidência da SC, a taxa de transmissão vertical e a ocorrência de óbitos fetais permanecem elevados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde lançaram como objetivo global a eliminação da SC, definida como a ocorrência de até 0,5% de casos da doença para cada mil nascidos vivos¹⁵.

Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e tratamento precoces são altamente eficazes, contribuindo para a redução da transmissão vertical em até 97%. O número de casos notificados dependerá, portanto, da capacidade de intervenção dos serviços para reduzir a transmissão vertical, diagnosticando e tratando adequadamente as gestantes e seus parceiros, mas também da capacidade de identificação e notificação dos casos de sífilis congênita. Sendo assim, um número baixo de casos de sífilis congênita não indica necessariamente um bom programa de controle de transmissão vertical, pois os casos de sífilis congênita podem estar ocorrendo, mas não notificados. Já um número elevado indica falhas no processo assistencial¹⁶.

Na ocorrência de transmissão vertical, dentre os efeitos adversos causados pela sífilis gestacional se a gestante não receber tratamento adequado, incluem, aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal e neonatal. Os recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, podem não apresentar sintomas, levando a não detecção do diagnóstico precoce, gerando graves danos à sua saúde. Entre os fatores de risco que têm sido associados à ocorrência de sífilis na gestação, estão os fatores sociodemográficos, comportamentais e os relacionados à assistência à saúde¹⁷.

Nos fatores sociodemográficos, a pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal (união estável ou não estável) são apontadas como situações de risco, demonstrando que a pouca escolaridade e baixa renda indicam pouco acesso aos serviços de saúde pela população. Consequentemente, a assistência pré-natal inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis. E nos fatores comportamentais, são apontadas situações que deixam as mulheres vulneráveis, associando-se a maior risco, como a menor idade da primeira relação sexual e da gestação,

múltiplos parceiros sexuais, não adesão a práticas de sexo seguro, uso de drogas ilícitas e psicoativas, entre outros¹⁸.

De acordo com Motta *et al.* (2018)¹⁹, o principal fator de risco para a sífilis congênita está baseado no acompanhamento pré-natal inadequado, correspondendo a cerca de 70 a 90% dos casos. Dentre os problemas relacionados ao atendimento pré-natal, destacam-se anamnese inadequada; sorologia para sífilis não realizada no 1º e 3º trimestre; interpretação inadequada da sorologia para sífilis; não reconhecimento dos sinais maternos de sífilis; não tratamento do parceiro sexual e informações inadequadas entre a equipe de assistência à saúde.

A sífilis representa um grande desafio para os órgãos mundiais de saúde, devido à sua permanência na sociedade por tantos anos. Mesmo sendo uma doença de agente etiológico conhecido, detecção laboratorial disponível, tratamento simples e de baixo custo, não houve modificações em relação aos índices de prevalência. A assistência ao pré-natal de forma abrangente e com qualidade poderia contribuir para desfechos mais favoráveis, permitindo a detecção e o tratamento precoces da infecção, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido²⁰.

Diagnóstico

A confirmação de um caso de sífilis é obtida através de exames laboratoriais, sendo que os testes mais utilizados são os de microscopia direta, que analisa a presença da bactéria em material coletado de lesão cutâneo-mucosa; o de sorologia não treponêmica (VDRL) e o de sorologia treponêmica (FTA-abs, TPHA, imunofluorescência), sendo estes recomendados pelo Ministério da Saúde²¹.

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da sífilis, o Governo Federal do Brasil emitiu a Portaria N° 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e inclui a utilização dos testes rápidos para triagem em situações especiais. O teste rápido tem metodologia treponêmica e pode ser utilizado em gestantes no âmbito da atenção básica, principalmente em locais sem infraestrutura laboratorial²².

Se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da infecção, a sífilis entrará no período latente, considerado recente no primeiro ano e tardio após esse período. A sífilis latente não apresenta qualquer manifestação clínica. Neste estágio, todos os testes que detectam anticorpos permanecem reagentes, e observa-se uma diminuição dos títulos nos testes não treponêmicos quantitativos. O diagnóstico da sífilis latente é baseado na história do indivíduo e na combinação de resultados dos testes. Pacientes sem história pregressa de sífilis que apresentam resultado reagente em qualquer teste deverão ser tratados²³.

Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal, uma no primeiro trimestre gestacional e a segunda no terceiro trimestre. É

obrigatório ainda a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade. O emprego de testes rápidos em maternidades apresenta vantagens devido à sua utilização no leito, evitando que a puérpera fique internada aguardando apenas o resultado do teste para sífilis²⁴.

Os Testes Rápidos treponêmicos são indicados para utilização em: Localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou regiões de difícil acesso; Programa do Ministério da Saúde, tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, dentre outros programas; Centro de Testagem e Aconselhamento; Segmentos populacionais flutuantes; Populações vulneráveis; Parcerias de pessoas com diagnóstico de sífilis; População indígena; Gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha; Gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades; Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional; Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas de até 5 amostras diárias para o diagnóstico da sífilis); Pacientes atendidos em pronto-socorros; Pacientes portadores de HIV; Pacientes com diagnóstico de hepatites virais; Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde para ampliação do diagnóstico da sífilis²⁵.

Indivíduo com histórico de sífilis e registro de tratamento pregresso poderá apresentar resultados discordantes entre os testes treponêmicos e não treponêmicos, sem que haja indicação de tratamento. Nesse caso trata-se de cicatriz sorológica. Indivíduo sem histórico de sífilis tratada ou com histórico de sífilis tratada de maneira incorreta, deve ser monitorado. Após a repetição do fluxograma depois de 30 dias, caso não haja alteração do resultado do teste não treponêmico, deve-se analisar a conveniência de tratar e/ou considerar a possibilidade de ser cicatriz sorológica²⁶.

Tratamento

O tratamento da sífilis é o mesmo para gestantes e não gestantes, e depende do estágio em que a doença se encontra, com um diferencial primordial, somente o antibiótico penicilina benzatina com doses apropriadas para o estágio da infecção, possui a capacidade de prevenção da transmissão do *Treponema pallidum* por via vertical²⁷.

A droga impede que as enzimas catalisadoras da formação de precursores da parede celular atuem. Com isso, não há restauração da parede, que é submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo. A penicilina é, portanto, bactericida, desde que utilizada em doses e intervalos adequados. O tratamento é concluído em pelo menos trinta dias antes do parto, e o parceiro é tratado simultaneamente com o mesmo esquema terapêutico da gestante²⁸.

O tratamento da sífilis é determinado pelos sintomas

e perfil sorológico. Na fase primária da infecção (com cancro duro), utilizam-se 2.400.000 UI de penicilina benzatina via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação) em dose única; na secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou na fase latente precoce (com menos de um ano de evolução), a opção é por 4.800.000 UI via intramuscular, aplicadas em duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por cada dose, composta por 1,2 milhões em cada glúteo, na mesma aplicação); na fase terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada), 7.200.000 UI via intramuscular (no mesmo esquema da fase anterior, porém em três doses), com intervalo de uma semana entre elas²⁹.

Em relação ao tratamento da sífilis congênita, deve-se lembrar que a terapêutica da gestante com penicilina no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. Após esta fase, trata-se o conceito também. Nos casos de alergia à penicilina, recomenda-se a dessensibilização da gestante e a posterior aplicação de penicilina benzatina, nas doses preconizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Esquema Terapêutico para Sífilis em Adultos e Gestantes.

Fase da Sífilis	Penicilina	Via	Dose (unidades)
Sífilis Primária	Benzatina	IM	1 dose de 2,4 milhões (1 dose)
Sífilis Secundária	Benzatina	IM	2 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Latência precoce (< 1 ano)	Benzatina	IM	2 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Latência tardia (>1 ano)	Benzatina	IM	3 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Fase desconhecida	Benzatina	IM	3 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)

Fonte: Guinsburg (2010)³⁰

A investigação de sífilis congênita será desencadeada em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis, diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério e em todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita. Lembrar que a notificação e a investigação obrigatórias incluem todos os casos detectados, incluindo os natimortos e abortos por sífilis (Portaria vigente que define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional: nº 2325 de 8 de Dezembro de 2003³¹).

As indicações para o tratamento do recém-nascido inclui todos os neonatos com teste não treponêmico positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença e também casos assintomáticos, cujo tratamento materno não foi feito ou documentado, não foi completo, não empregou penicilina ou, ainda, realizado nas quatro semanas anteriores ao parto. Deve-se ainda tratar a criança assintomática quando os títulos maternos não caíram após tratamento adequado na gestação, se a mãe apresenta sinais de reinfecção ou caso o seguimento da criança não possa ser assegurado. Diante de mães com sífilis primária no terceiro trimestre da gestação e ainda soronegativas, indica-se

tratar o recém-nascido³².

Nos recém-nascidos de mães com sífilis inadequadamente tratada, realizar VDRL de sangue periférico, raio-X de ossos longos, hemograma e punção lombar:

- Se recém-nascido apresentar VDRL positivo (qualquer titulação) e/ou existirem alterações clínicas (prestar atenção na hepatomegalia), radiológicas e/ou hematológicas (em especial, anemia e trombocitopenia), mas se não houver acometimento neurológico, tratar com penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana ou com penicilina procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas, por via intramuscular por 10 dias;

- Se houver alteração líquórica ou se não foi possível colher o LCR, empregar a penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana. A penicilina procaína não é uma opção, diante da possibilidade de neurosífilis;

- Se o recém-nascido for VDRL negativo, sem alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e líquóricas, aplicar a penicilina benzatina, na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o VDRL sérico seriado. Sendo impossível garantir o acompanhamento, tratar com penicilina cristalina ou procaína nas doses recomendadas acima, por 10 dias.

Nos recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada, realizar VDRL de sangue periférico:

- Se recém-nascido apresentar VDRL positivo com título superior ao materno, procurar alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas. Se não houver alterações no LCR, tratar com penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana, ou com penicilina procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas por via intramuscular por 10 dias;

- Se o líquido estiver alterado, usar apenas a penicilina cristalina nas doses acima, por via endovenosa por 10 dias;

- Se o recém-nascido for assintomático (exame clínico, hemograma, raio-X de ossos longos e LCR normais) e apresentar VDRL com titulação igual ou inferior à materna ou VDRL negativo, pode-se proceder apenas ao seguimento ambulatorial. Diante da impossibilidade de garantir o seguimento ambulatorial, aplicar a penicilina benzatina na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular³³.

A opção de manter o tratamento por 10 dias tem se mostrado satisfatório e existem dados que indicam a erradicação do espiroqueta do líquido em recém-nascidos, por meio do Teste de Inoculação em Coelho, após dez dias do uso de penicilina por via endovenosa.

Em caso da interrupção do esquema terapêutico por período superior a 24 horas, há necessidade de reiniciar o esquema³⁴.

Medidas preventivas e atuação do enfermeiro frente à sífilis em gestantes

A sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória, que é realizada através de registro pelo Sinan, possibilitando a partir desses dados, adotar estratégias para reduzir sua incidência, contribuindo para a prevenção da mesma. O objetivo do controle da IST, é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. Evitar a transmissão da doença consiste na detecção e no tratamento precoce e adequado do paciente e de seu parceiro³⁵.

O profissional de enfermagem possui papel essencial em relação à prevenção e ao diagnóstico da sífilis congênita, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o profissional que realiza o primeiro contato com as gestantes e são os responsáveis pela execução das ações de prevenção individual e coletiva, ações educativas como palestras sobre a sífilis, através da ESF, escolas, reuniões em comissões locais nos bairros e nas visitas domiciliares³⁶.

O enfermeiro é o profissional responsável por um conjunto de ações assistenciais dos problemas no processo saúde-doença da população, realizando as consultas de pré-natal das gestantes, a fim de manter o cuidado da mãe e da criança e para a prevenção de agravos da doença, acolhendo-a desde o início da gestação, e proporcionando o bem-estar materno e fetal, mostrando a importância do acompanhamento gestacional. Esta atenção durante o pré-natal, busca reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Durante o pré-natal, realiza-se a triagem da sífilis, estando este resultado positivo, deverá iniciar o tratamento imediato da mulher e do seu parceiro, o enfermeiro deverá acolher esta gestante, de modo a proporcionar confiança, sigilo e respeito durante todo o tratamento³⁷.

Realizar a captação precoce da gestante para o início do pré-natal é fundamental, no qual é indicado a realização de no mínimo seis consultas com atenção integral qualificada. No momento da consulta, o enfermeiro deverá solicitar o exame de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) no início da gestação, devendo ser repetido no terceiro trimestre e no momento da internação hospitalar, visando buscar o diagnóstico precoce da doença e início imediato do tratamento da gestante e do seu parceiro, abordando os casos de forma clínico-epidemiológica; documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante e realizar a notificação dos casos de sífilis congênita³⁸.

O enfermeiro deve estar apto a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, bem como interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento³⁹.

A gestante com diagnóstico de sífilis gestacional, deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco, como preconiza o Ministério da Saúde, mas é importante que ela continue com o pré-natal na atenção básica normalmente. A gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”⁴⁰.

Diante disso, o enfermeiro tem grande importância no controle da doença infectocontagiosa, informando a gestante e seu parceiro sobre a importância do tratamento de forma correta e do uso de preservativos durante as relações sexuais; promover educação em saúde e a prática de exames, como os testes rápidos treponêmicos; e a captação e adaptação de ambos os envolvidos⁴¹.

A prevenção de novos casos deverá ter como estratégia a promoção em saúde por meio de informações para a população geral e, especialmente, para as populações mais vulneráveis (prostitutas, usuários de drogas intravenosas, etc.) sobre a doença e as formas de evitá-la. É importante o aconselhamento ao paciente, procurando mostrar a necessidade de comunicação entre ambos e o estímulo ao uso de preservativos na prática do sexo seguro durante a relação sexual. A reciclagem constante e continuada das equipes de saúde integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis⁴².

4. DISCUSSÃO

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação, é a base de dados que consta as informações de notificação e investigação de doenças, agravos e surtos. Tem como objetivo colher, transferir e divulgar dados gerados das esferas de governo municipal, estadual e nacional, por intermédio de uma rede informatizada, apoiando o processo de investigação e dando subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória, sendo operacional, fornecendo informações necessárias para construção de indicador de saúde⁴³.

A sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória, que é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. Essa comunicação deverá ocorrer em caráter sigiloso preservando integralmente o paciente⁴⁴.

A notificação deverá ser encaminhada da unidade notificadora para o núcleo de vigilância epidemiológica municipal, para que se realiza a digitação, caso a unidade de saúde não seja informatizada. Não se deve aguardar o encerramento da investigação para que as informações iniciais da ficha de notificação/investigação sejam processadas/digitadas no SINAN. O processamento/digitação da ficha deve ser realizada sempre pelo município notificante, não pelo município de residência do paciente. O encerramento deve ocorrer em um prazo de até 60 dias após a data da notificação⁴⁵.

Foram notificados 33.365 casos de sífilis em gestante no Brasil no ano de 2015, sendo 14.959 (44,8%) eram pacientes residentes na região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste. Observou-se que no ano de 2015, 31,5 das gestantes foram notificadas no primeiro trimestre da gestação; 29,5% no segundo trimestre; 32,8% no terceiro trimestre gestacional e 6,2% tiveram a opção ignorada marcada⁴⁶.

Em 2016, obteve através dos dados tabulados no SINAN, 37.436 casos de sífilis em gestante no Brasil, dos quais 17.551 (46,9%) casos eram pacientes residentes na Região Sudeste, 6.571 (17,5%) na Região Nordeste, 6.608 (17,7%) na Região Sul, 3.890 (10,4%) na Região Norte e 2.816 (7,5%) na Região Centro-Oeste. Referente ao número total de notificações no ano de 2016, foram diagnosticados no primeiro trimestre gestacional 37,0% dos casos, no segundo trimestre gestacional representaram 29,0% e no terceiro trimestre 28,0% dos casos, e com situação gestacional ignorada 5,8% dos casos⁴⁷.

Já no ano 2017, o número foi de 49.013 casos de sífilis em gestante, onde 23.470 (47,9%) casos eram pacientes residentes na Região Sudeste, 9.084 (18,5%) na Região Nordeste, 7.864 (16%) na Região Sul, 4.675 (10,5%) na Região Norte e 3.920 (8%) na Região Centro-Oeste. Referente ao diagnóstico e a idade gestacional observou que, a maior proporção das mulheres (39,8%) foi diagnosticada no primeiro trimestre, 28% no segundo trimestre e 26,7% no terceiro trimestre, 5,1 % das fichas tiveram a opção "idade gestacional ignorada" marcada⁴⁸.

Dados prévios de 2018 retirados até 30/06/2018 foram notificados 24.281 casos de sífilis em gestante no Brasil, sendo que 38,5% dos casos foram notificados no primeiro trimestre da gestação, 25,9% no segundo trimestre, 29,9% no terceiro trimestre e 5,6 ficaram com a opção ignorada marcada, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros.

Percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica - %				
Classificação Clínica	2015	2016	2017	2018 (Dados até 30/06/2018)
Sífilis Primária	30,8 %	29,1 %	28,3 %	28,0 %
Sífilis Secundária	5,8 %	5,6 %	5,2 %	5,0 %
Sífilis Terciária	10,7 %	10,7 %	10,9 %	10,2 %
Sífilis Latente	24,6 %	27,6 %	30,1 %	30,5 %
Ignorado	28,1 %	26,9 %	25,5 %	26,3 %

Fonte: Adaptado pelos autores.

No referente município do Leste de Minas Gerais, onde o estudo foi realizado, foram consolidados através do banco de dados do SINAN os seguintes resultados do ano de 2015 até o ano de 2018:

- Em 2015 foram notificados 2 casos, sendo esses

diagnosticados no primeiro trimestre gestacional;

- Em 2016 manteve o quantitativo de 2 casos, 1 caso foi notificado no primeiro trimestre e o outro no segundo trimestre;

- No ano de 2017 foram notificados 5 casos, 3 casos foram notificados no primeiro trimestre gestacional e 2 casos no segundo trimestre;

- Em 2018 foram notificados 6 novos casos de sífilis em gestantes, sendo 1 no primeiro trimestre gestacional, 3 no segundo trimestre e 2 casos no terceiro trimestre da gestação.

Quanto à classificação clínica no ano de 2015, 1 caso foi classificado como sífilis primária e outro como sífilis secundária. Em 2016, 1 caso foi classificado como primário e o outro foi ignorado. No ano de 2017, 3 casos foram classificados como primário e 2 casos como secundário. Já no ano de 2018, 1 caso foi classificado como primário, 4 casos como latente e 1 caso ignorado⁴⁹.

O aumento do número de casos no município, ocorreu-se devido a falta de conscientização da população em relação à importância do uso de preservativo em todas as relações sexuais, assim como também pela busca tardia ao atendimento na Unidade Básica de Saúde. No período, do qual os dados foram obtidos, não eram realizados testes rápidos no município para ampliar a cobertura diagnóstica desse agravo.

5. CONCLUSÃO

Para o controle da sífilis, é importante que os gestores adotem práticas na rede de atenção básica, a favor da qualidade do atendimento à gestante e seus parceiros sexuais durante o pré-natal, promovendo acesso ao diagnóstico precoce através de testes rápidos, seguidos com o tratamento aplicando a penicilina benzatina.

O enfermeiro é o profissional responsável pela captação precoce da gestante para o início do pré-natal, ele deve estar apto a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, bem como interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento. A reciclagem constante e continuada das equipes de saúde integra um conjunto de medidas importantes para a prevenção e controle da sífilis.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, sendo evidenciado o padrão epidemiológico da sífilis gestacional no município do Leste de Minas Gerais, no qual foi feito o estudo. Este foi complementado através de uma revisão bibliográfica, permitindo melhor análise e entendimento do assunto em questão, contribuindo para a elaboração de propostas para a diminuição dos casos de sífilis gestacional.

Portanto, o desenvolvimento de pesquisas sobre a Sífilis Gestacional contribui para a propagação de informações para os profissionais da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, que atuam diretamente com o público suscetível para a

contaminação dessa doença infectocontagiosa. Deste modo, os profissionais poderão desenvolver medidas mais efetivas para a abordagem à população, visando a redução do número de casos, sendo que esses apresentam, por anos, alta incidência e prevalência, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- [1] Barbosa DRM, *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev enferm UFPE online*, Recife 2017; 11(5):1867-74.
- [2] Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Boletim epidemiológico mineiro- sífilis: Análise Epidemiológica de Sífilis Panorama do ano de 2017. Belo Horizonte, Ano III, Volume III, 2018. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/sifilis.pdf>
- [3] Santos E JL. Avaliação do SINAN para casos de Sífilis em gestantes no município de Amambai – MS no período de 2007 a 2010. 69 f.: tab. 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23393>.
- [4] Magalhães DMS, *et al.* Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(6):1109 -1120.
- [5] Figueiredo *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 16, núm. 3, mayo-julio, 2015; 345-354. Universidade Federal do Ceará - Fortaleza, Brasil.
- [6] Ramos MG Boni SM. Prevalência da Sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá – PR. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2018; v. 11, n. 3, p. 517-526, setembro/dezembro 2018.
- [7] Campos ALA. *et al.* Sífilis em parturientes: Aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(9):397- 402.
- [8] Soares LG. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: Características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife. 2017; 17(4):791-799.
- [9] Lafeté KRGL. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19(1):63-74.
- [10] Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: 2010; 100 p. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_es_trategia_diagnostico_brasil.pdf.
- [11] Damasceno ABA. *et al.* Sífilis na gravidez. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 2014; 13(3):88-94.
- [12] Padovani C. Oliveira RR. Pelloso SM. Sífilis na gestação: Associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26: e3019.
- [13] Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. 2016; 47(35). Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2016/05/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf.
- [14] Nonato SM. Melo APS. Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2015; 24(4):681-694.
- [15] Lopes CDO. Albernaz EP. Sífilis congênita: Prevalência e fatores associados em hospitais universitários de Pelotas. *Ciência & Saúde*. 2019; 12(3):e33415.
- [16] Domingues CSB. Sadeck LSR. Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita. São Paulo: Sociedade de pediatria de São Paulo. 2017; 2(5). Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>.
- [17] Macêdo VC. *et al.* Fatores risco para sífilis em mulheres. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:78.
- [18] Magalhães DMS, *et al.* Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29 (6):1109 -1120.
- [19] Motta IA. *et al.* Sífilis congênita: Por que sua prevalência continua tão Alta? *Rev Med, Minas Gerais*. 2018; 28 (Supl.6): e-S280610
- [20] Beck EQ. Souza M. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria. 2017; 18(2):419-432.
- [21] Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília. 2010; 100 p. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf.
- [22] Oliveira MCB. *et al.* Diagnóstico laboratorial da sífilis gestacional em Cerqueira César – SP: Teste rápido. *Revista Saúde em Foco*. 2018; 10 ed. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/087_DIAGN%C3%93STICOLABORATORIAL-DA-S%C3%8DFILIS-GESTACIONAL.pdf.
- [23] Araújo LM. *et al.* Guia Prático em Abordagem Síndromica: Prática Baseada em Evidências - Sífilis. Cuiabá – MT. 2017. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/4216>.
- [24] Oliveira MCB. *et al.* Diagnóstico laboratorial da sífilis gestacional em Cerqueira César – SP: Teste rápido. *Revista Saúde em Foco*. 2010;. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/087_DIAGN%C3%93STICOLABORATORIAL-DA-S%C3%8DFILIS-GESTACIONAL.pdf.
- [25] Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN, normas e rotinas 2.ª edição, Brasília – DF 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-sinan-normas-e-rotinas-2a-edicao/>.
- [26] Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN, normas e rotinas 2.ª edição, Brasília – DF. 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-sinan-normas-e-rotinas-2a-edicao/>.
- [27] Leite IA. *et al.* Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: Uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e da Saúde*. Maceió. 2016; 3(3):165-176.
- [28] Vasconcelos MIO. *et al.* Sífilis na gestação: Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o Tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza. 2016; 29 (Supl):85-92.
- [29] Magalhães DMS. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Ciências Saúde*. 2011; 22(Sup 1):S43-S54.
- [30] Guinsburg R. Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 20 de dezembro de 2010. Disponível em:

- https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf.
- [31] Primo CC. Silva B.M. Richa BFC. Sífilis congênita: Perfil epidemiológico de um município do Espírito Santo, Brasil. REME – Rev. Min. Enferm. 2007; II(3):285-290.
- [32] Alves MTMS. Rocha TC. Perfil clínico epidemiológico da sífilis congênita em maternidade referência de Sergipe, Brasil. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina. Lagarto – SE. 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/9262/2/MARY_TANIA_DE_MELO_SILVA_ALVES%26THATIANA_DE_CASTRO_%20ROCHA.pdf.
- [33] Domingues CSB. Sadeck LSR. Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita. São Paulo: Sociedade de pediatria de São Paulo. 2017; 2(5). Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>.
- [34] Guinsburg R. Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 20 de dezembro de 2010. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf.
- [35] Avelleira JCR. Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006; 81(2):111-26.
- [36] Souza LA. *et al.* Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita: Uma revisão bibliográfica. Revista de Iniciação Científica da Libertas. São Sebastião do Paraíso. 2018; 8(1).
- [37] Vasconcelos MIO. *et al.* Sífilis na gestação: Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o Tratamento simultâneo do casal. Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza. 2016; 29 (Supl):85-92.
- [38] Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Série Manuais nº 62. Brasília – DF. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf.
- [39] Ministério da Saúde. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. –Brasília : Ministério da Saúde. 2016. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.
- [40] Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília. 2010; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf.
- [41] Figueiredo. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 16, núm. 3, mayo-julio. 2015; 345-354.
- [42] Leite IA. *et al.* Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: Uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió. 2016; 3(3):165-176.
- [43] Ministério da Saúde. Diagnóstico Laboratorial da Sífilis: Fluxogramas do Manual Técnico de Diagnóstico da Sífilis do Ministério da Saúde. Laboratório pró-exame. Informativo Digital. 2017; Nº 4. Maio/2017.
- [44] Ministério da Saúde - Portaria Nº - 204, DE 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.
- [45] Ministério da Saúde. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. –Brasília : Ministério da Saúde. 2016. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.
- [46] Ministério da Saúde. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. –Brasília : Ministério da Saúde. 2016. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.
- [47] Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN, normas e rotinas 2.ª edição, Brasília – DF. 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-sinan-normas-e-rotinas-2a-edicao/>.
- [48] Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília – DT. 2018. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/02/pcdt_ist_para_web_-_nao_diagramado1.pdf.
- [49] Sinan. Sistema de Informação de agravos de notificação. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>.