

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PRISCILA DO ROZÁRIO RIOS
ROGER JESUS DE OLIVEIRA
ROSENILDA FELBERG MATEUS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO
ESPIRÍTO SANTO**

SÃO MATEUS- ES
2019

PRISCILA DO ROZÁRIO RIOS
ROGER JESUS DE OLIVEIRA
ROSENILDA FELBERG MATEUS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO
ESPIRÍTO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms Thais Verly Luciano

SÃO MATEUS- ES
2019

PRISCILA DO ROZÁRIO RIOS
ROGER JESUS DE OLIVEIRA
ROSENILDA FELBERG MATEUS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO
ESPIRÍTO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Aprovado em 10 de julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

**ME. THAIS VERLY LUCIANO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
ORIENTADOR**

**PROF. NÚBIA NAMIR LARA LOPES
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

**ME. WENA DANTAS MARCARINI
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS- ES
2019

Dedicamos este trabalho ao grande arquiteto do universo, que merece menção especial por me conceder à vida, a fé e a esperança.

À nossa família que acreditou em nosso potencial, que desempenhou um papel importante, e que nos apoiou em toda a nossa jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter nos amparado em todos os momentos das nossas vidas, nos ajudando, orientando e incentivando a seguir. Ele mostrou como transformar uma possibilidade em realidade. A ele nossos eternos agradecimentos!

Às nossas famílias, que tantas vezes nos apoiaram para seguir em frente, pelo carinho, apoio e flexibilidade nos momentos de maiores necessidades e pela grande contribuição para a concretização dessa trajetória.

A nossa orientadora professora Thais Verly Luciano, que nos ajudou a transformar uma montanha de informações numa narrativa estruturada. Em especial, pela paciência, cuidado, atenção e dedicação oferecida durante a construção deste trabalho. O nosso muito obrigado.

Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estivermos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.

Dalai Lama

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise dos casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, no período de 2007 a 2016 identificando quais os fatores associados a doença, a fim de detectar possíveis problemas de saúde pública que podem ser revolidos pelas autoridades, no intuito de diminuir sua ocorrência e consequências para o indivíduo, família e coletividade. A doença está classificada entre as infecções perinatais mais frequente no país, por se tratar de uma doença infecciosa provocada pela bactéria espiroqueta denominada *Treponema pallidum*. O grau de incidência e permanência prova a real necessidade de melhorar a assistência pré-natal, sabendo-se que o diagnóstico é rápido e bastante eficaz, o paciente ao se tratar fazendo uso do antibiótico penicilina; sendo ela de baixo custo e não apresentando nenhuma resistência da referida bactéria estudada. O paciente deve se conscientizar que ao omitir o tratamento poderá levá-lo a morte ou perinatal, o bebê pode nascer prematuro, com baixo peso e ainda, apresentar sequelas neurológicas. A metodologia utilizada é uma revisão bibliográfica, levantamento epidemiológico, descritivo utilizando dados secundários com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, disponível no Departamento de Informática do SUS, tabulados pelo TABNET, referentes aos casos de sífilis congênita notificados no estado do Espírito Santo. No período analisado foram notificados 2.928 casos de sífilis congênita, a taxa foi de 5,49 pra cada 1.000 nascidos vivos, a maioria das mães eram pardas, estudaram até o ensino fundamental, grande parte dos parceiros sexuais não realizaram o tratamento concomitante, a maior parte das mulheres realizaram pré-natal, as variáveis fetais mostra que os fetos apresentaram SC até o 6 dias de nascido e 63 óbitos pelo agravos. Pode-se perceber através deste estudo detalhado, a grande necessidade de que sejam ampliadas as investigações epidemiológicas, para que se tenha uma avaliação mais consistente da magnitude do problema causado pela sífilis congênita no Estado do Espírito Santo.

Palavras-chave: Assistência Perinatal. Epidemiologia. Sífilis Congênita. Saúde Pública.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the cases of congenital syphilis in the state of Espírito Santo from 2007 to 2016, identifying the factors associated with the disease, in order to detect possible public health problems that may be reversed by the authorities, in order to reduce its occurrence and consequences for the individual, family and community. The disease is classified among the most frequent perinatal infections in the country, because it is an infectious disease caused by the spirochete bacterium called *Treponema pallidum*. The degree of incidence and permanence proves the real need to improve the prenatal care, knowing that the diagnosis is fast and quite effective, the patient when dealing with making use of the antibiotic penicillin; being low cost and presenting no resistance of said bacteria studied. The patient should be aware that omitting the treatment can lead to death or perinatal, the baby can be born premature, with low weight and still present neurological sequelae. The methodology used is a bibliographical review, where it is a research of (SINAN), available at the Department of Informatics of SUS (DATASUS), tabulated by TABNET, referring to cases of congenital syphilis reported in the state of Holy Spirit. For this bibliographic research, some sources such as books, journals, periodicals, articles, authors were consulted: among others, which provided the basis for this study. In the analyzed period, 2.928 cases of congenital syphilis were reported, the rate was 5,49 for each 1.000 live births, most of mothers were brown, they studied until elementary school, most of the sexual partners did not carry out the concomitant treatment, the largest part of the women had prenatal care, the fetal variables showed that, the fetuses had SC until the 6 day of birth and 63 deaths due to the diseases. Through this detailed study, we can see the great need for epidemiological investigations to be expanded, in order to obtain a more consistent caused by congenital syphilis in the state of Espírito Santo.

Key words: Perinatal care. Epidemiologia. Congenital syphilis. Public health.

LISTA DE SIGLAS

SISNAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

DATASUS-Departamento de Informática do SUS

VDRL-Venereal disease research laboratory

RPR-Rapid plasma regain

FTA-ABS -Fluorescent treponemal antibody absorption

TPHA -Treponema pallidum hemagglutinationassay

PAIMS-Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PHPN- Programa de Humanização do Pré- Natal e Nascimento

SC – Sífilis Congênita

DST- Doenças sexualmente transmissíveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA.....	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	11
1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	11
1.4 OBJETIVO.....	12
1.4.1 Objetivo geral.....	12
1.4.2 Objetivo específico.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 HISTÓRICO DA SÍFILIS.....	13
2.2 CLASSIFICAÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL.....	14
2.3 CLASSIFICAÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA ...	16
2.4 FATORES ASSOCIADOS Á SÍFILIS CONGÊNITA.....	17
2.5 EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SÍFILIS CONGÊNITA.....	19
2.5.1 Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM).....	19
2.5.2 Programa de Humanização Do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	20
2.5.3 Programa Nascer e Rede Cegonha.....	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5 CONCLUSÃO.....	31
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia objetiva fazer um estudo através de um levantamento sobre a sífilis congênita no Estado do Espírito Santo. Entende-se que a sífilis é uma doença infecciosa, que tem como agente etiológico a espiroqueta *Treponema pallidum*. De acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS) atinge cerca de 12 milhões de pessoas a cada ano, sendo transmitida principalmente por via sexual e vertical. Apesar de seu agente etiológico ser bem definido, suas formas de transmissão claramente conhecidas, e o tratamento eficaz e de baixo custo, ainda se tem elevados índices de incidência da doença (DAMASCENO et al, 2014).

De acordo com Kallin (2016), a transmissão vertical decorre da disseminação hematogênica do *Treponemapallidum* proveniente da gestante não tratada ou, tratada de maneira inadequada, e assim contaminando o concepto através da placenta. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença. É possível que ocorra infecção direta, através do canal do parto. Há risco de aborto espontâneo, óbito perinatal ou natimorto, além de consequências graves e, até permanentes, para o recém-nascido.

O mesmo autor afirma que a sífilis congênita pode ser classificada como precoce e tardia; sendo que na precoce, a doença se manifesta até os dois anos de vida, e na tardia surge após os dois anos. Nos casos de sífilis precoce, quase sempre sua presença é assintomática em cerca de 70% dos casos, no entanto, é possível que recém-nascido seja prematuro e apresente: hepatomegalia, baixo peso, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Em relação a sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas acontecem de maneira mais rara, e resultam da cicatrização precoce da doença sistêmica, e pode envolver diversos órgãos (KALLIN, 2016).

O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. É possível observar a evolução das taxas de detecção dos agravos notificados de sífilis entre os anos de 2010 e 2016. A elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Em 2016, foram notificados

87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, e, dentre estes casos, ocorreram 185 óbitos infantis (BRASIL, 2017).

Conforme menciona Fagundes (2018), no estado do Espírito Santo, assim como em todo Brasil, houve aumento da sífilis congênita nos últimos cinco anos, com crescimento concomitante do número de casos de sífilis em adultos e sífilis congênita. Nos dados de 2017, os números de notificados 3.706 casos de sífilis adquirida, 1.596 casos de sífilis em gestantes e 734 casos de sífilis congênita.

1.1 Justificativa

A razão da escolha deste tema, foi por ser uma questão de saúde pública, e por ter uma abrangência a nível mundial, trazendo consequências, que podem ser irreversíveis, em se tratando da sua forma congênita. Esta pesquisa se torna relevante no que tange a importância da análise do perfil de casos de sífilis congênita no estado do Espírito Santo e da compreensão dos seus fatores associados, a fim de trazer notoriedade por parte das autoridades para esta temática e propor melhoria da assistência à saúde, com a finalidade de diminuir a incidência de tal agravo.

1.2 Problema de Pesquisa

O problema em questão surge que essa doença sífilis congênita é da responsabilidade da saúde pública, a qual mesmo tendo um tratamento eficaz, ainda continua sendo transmitida verticalmente. Daí surge alguns questionamentos, qual o número de casos de sífilis congênita de 2007 a 2016? Ainda há alta taxa de incidência? Quais os fatores associados à sua ocorrência?

1.3 Delimitação do Tema

Esta pesquisa delimita-se a descrever os casos de sífilis congênita no estado do Espírito Santo, no período de 2007 a 2016, e identificar seus fatores associados, a fim de detectar possíveis problemas de saúde pública que possam ser resolvidos

pelas autoridades, no intuito de diminuir sua ocorrência e consequências para o indivíduo, família e coletividade.

1.4 Objetivo

1.4.1 Objetivo Geral

- Analisar os casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, no período de 2007 a 2016 e delimita-se em identificar seus fatores associados.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar os casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, no período de 2007 a 2016;
- Calcular a taxa de incidência de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, no período de 2007 a 2016;
- Identificar os fatores associados aos casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, no período de 2007 a 2016.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico da Sífilis

O termo sífilis teve sua origem no século XX, no ano de 1930, através de um poema, que era composto de 1.300 versos, escrito pelo médico e também poeta Girolamo Fracastoro, publicado em seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A sífilis ou mal Gálico”). No poema, o médico narra a história da *Syphilus*, que se tratava de um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e teve como punição, que seria a doença sífilis (BRASIL, 2010).

No século XV ficou conhecida em toda Europa, se tornando uma praga mundial, ano de 1546, no século XVI, estabeleceu-se a hipótese de que a doença poderia ser transmitida na relação sexual através de pequenas sementes, que por ele foi chamada de “*seminaria contagionum*”. Nesse período, essa possibilidade não foi levada em consideração e, apenas ao final do século XIX, através de Louis Pasteur que a mesma passou a ter credibilidade (BRASIL 2010; AVELLEIRA, 2006).

Atualmente, há determinado consenso em relação ao fato da sífilis se tratar de uma doença que foi desconhecida no velho mundo até fins do século XV, portanto, há um conflito em relação a sua origem geográfica por tanto existe duas teorias, uma seria de chamada de colombiana transmitida por desbravadores espanhóis a outra seria mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano (BRASIL 2010, AVELLEIRA 2006).

Originalmente foi denominada como “Mal de Nápoles”, no entanto na Itália e Alemanha ficou largamente conhecida como o “mal Francês”; na França deram-lhe o nome de “Mal Italiano”, na Polônia sua denominação foi “Mal Alemão” e na Rússia foi nomeada de “Mal Polonês” (BRASIL 2010).

Treponema pallidum, o agente etiológico da sífilis, teve sua descoberta feita somente em 1905, através do zoologista Fritz Schaudin conjuntamente com o dermatologista Paul Erich Hoffman. Schaudin fez exame no preparado a fresco, na amostra que foi coletada por Hoffmann na vulva de uma mulher através de uma pápula existente, que era a manifestação da sífilis secundária. Os dois fizeram observações no microscópio, e observaram microrganismos espiralados e finos, girando em torno de seu comprimento maior e com movimentos para frente e para trás. Inicialmente os denominaram de *Spirochaeta pallide*, posteriormente, dentro de

aproximadamente um ano, mudaram sua nomenclatura para *Treponema pallidum*. (BRASIL, 2010)

Atualmente a sífilis congênita continua sendo um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde, apesar das estratégias de prevenção bem definidas e a disponibilidade de tratamento (BRASIL, 2017).

2.2 Classificação, Detecção e Tratamento da Sífilis Gestacional

A sífilis é uma doença que tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*, se manifesta como um grande desafio diante da saúde pública em todo o mundo. É transmitida através de via sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita), através da placenta da mãe, para o feto. Existem outras formas de transmissão, que acontece por via indireta (através de objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (AVELLEIRA, 2006).

A sífilis pode ser classificada como primária, secundária e terciária. A primária acontece logo após o 15^o dia, com o aparecimento de uma lesão (úlceras) no local que ocorreu a inoculação. A secundária pode ocorrer em 42 dias a seis meses após a primária não tratada, ocasionando complicações mais serias como erupções cutâneas, podendo aparecer em toda parte do corpo, principalmente nas mãos e nos pés. A terciária ocorre de 1 a 10 anos após a fase secundária, ou até 50 anos, e pode acometer diversos sistemas orgânicos, como o tegumentar, mucosa, esquelético, sistema nervoso central e cardiovascular (DAMASCENO et al, 2014).

As provas sorológicas são amplamente utilizadas no diagnóstico da sífilis e estão divididas em: testes não treponêmicos, que para o diagnóstico e pós-tratamento são os utilizados, nos quais também fazem parte o VDRL (*VenerealDiseaseResearchLaboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*), assim como os testes treponêmicos, que são válidos para a confirmação se há infecção, que incluem o FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*) e TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Assay*) (ROTTA, 2012).

O Ministério da Saúde implantou também o teste rápido para sífilis (TRS): exame treponêmicos de fácil execução, podendo ser utilizado amostra de sangue total colhida por punção digital ou venosa, com apresentação de resultado em aproximadamente 10 a 15 minutos, sem o uso de equipamentos sofisticados (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2012).

Os testes que não são treponêmicos são de floculação e os seus títulos se relacionam à atividade exercida pela doença e são utilizados para o acompanhamento do tratamento. O VDRL é o mais utilizado, para confirmação do diagnóstico, devido a boa sensibilidade que apresenta e, também, sua especificidade, podendo permanecer em seu estado reagente mesmo depois de já curada a infecção, conhecida como cicatriz sorológica, no entanto, apresenta queda progressiva em relação as titulações (ROTTA, 2012).

Os testes treponêmicos possuem caráter qualitativo e fazem a aferição dos anticorpos contra os antígenos que são da superfície dos agentes etiológicos. Esses testes não possuem relação com a atividade da doença e também não possuem utilidade para que se detectem as reinfecções. Permanecem positivos ao longo da vida, e, se negativos, excluem infecção prévia (CHUFALO, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda as secretarias de saúde dos estados e municípios que dotem medidas aos testes rápido HIV e triagem para sífilis, com a implementação do teste rápido nas unidades básica de saúde passou a ser uma estratégia contra as infecções cruzadas, sendo utilizados nas gestantes durante o pré-natal e nos parceiros, com o diagnóstico precoce durante a gestação (BRASIL, 2017).

O tratamento a que se submete a gestante infectada pelo *Treponema* é o mesmo oferecido as não gestantes: penicilina benzatina IM na dose de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), sendo uma aplicação em caso de sífilis primária, duas aplicações em caso de sífilis secundária e três aplicações em caso de sífilis terciária, compreendendo intervalos que são semanais entre as aplicações. Qualquer outro tratamento é considerado como inadequado para a prevenção da sífilis congênita. O tratamento feito com penicilina somente pode ser considerado eficaz, tanto para a gestante tanto para o feto, se o mesmo tiver sua administração feita até 30 dias antes do parto (DUARTE, 2004).

O não tratamento da doença, ou tratamento incompleto é caracterizado como tratamento materno inadequado e, por sua vez, a criança tem sua classificação feita como portador de sífilis congênita (SARACENI, 2003).

2.3 Classificação, Detecção e Tratamento da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é consequência da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante que foi infectada ou tratada de maneira inadequada e transmitida para o conceito através da placenta (transmissão vertical). Em geral, apresenta maior agressividade na fase inicial da gestação, o que deixa o feto mais exposto ao *Treponema pallidum*. A contaminação do feto pode levar ao aborto, morte neonatal ou óbito fetal (ARAUJO et al, 2012).

Um índice de 50% das crianças infectadas não apresenta sintomas no nascimento. O quadro pode ser estabelecido antes de dois anos, classificada em sífilis congênita precoce, ou se manifestar depois dos dois anos, classificada em sífilis congênita tardia. Na primeira, os principais sintomas incluem lesões cutaneomucosas (exantema maculoso) que se apresentam principalmente nas extremidades e na face, fissuras periorais e anais. As lesões da sífilis tardia são irreversíveis e suas características são palato em ogiva, tibia em sabre, fronte olímpica, dentes de Hutchinson e molares em forma de amora (BRASIL, 2012).

Em caso de sífilis congênita, os recém-nascidos de mães não tratada ou tratadas inadequadamente, ou os que apresentaram alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou sorológicas sugestivas de sífilis, serão tratados com penicilina cristalina 50.000UI/kg/dose, intravenosa, com doses de duas vezes ao dia em caso de menos uma semana de vida e até três vezes ao dia em caso de mais uma semana de vida, ao longo de dez dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/kg, IM, ao longo de dez dias. (BRASIL, 2012).

A sífilis congênita é um grande problema de saúde pública quando a mesma não é tratada, ocasionando complicações severas para mãe e filho. Quando o recém-nascido não tem acesso ao tratamento às consequências podem ser irreversíveis (LOMOTÉY, 2009).

2.4 Fatores Associados à Sífilis Congênita

A sífilis congênita é uma doença de fácil acesso ao tratamento, mas alguns fatores associados elevam o índice da sífilis congênita em todo Brasil, sendo um deles as gestantes com sífilis recente não tratada, uma vez que a taxa de transmissão vertical chega a 70% a 100%, e a porcentagem de sífilis tardia chega a 30% (DANTAS, 2016).

Outros fatores associados à sífilis congênita estão associados ao nível de escolaridade, onde o índice em mulheres com nível fundamental incompleto aparece com maior incidência de sífilis na gestação e conseqüente ocorrência da sífilis congênita (SOARES, 2016).

Em países, em desenvolvimento foi observado um aumento da sífilis, e esse aumento está associado à falta de um parceiro fixo, uso de drogas injetáveis, elevando o índice de transmissão vertical da sífilis (PARETONI et al, 2018).

O aumento de sífilis em adolescente de 11 a 18 anos é um indicador importante, pela quantidade de parceiros e consumo de álcool e drogas ilícitas, um estudo mostra que os adolescentes não fizeram uso de preservativo nos últimos 12 meses e 78,6% das adolescentes femininas se reinfectaram (MONTEIRO et al 2015).

O outro fator que estar associado ao aumento da sífilis congênita no Brasil e no mundo, foi a falta da penicilina benzatina há algum tempo, prejudicando a qualidade do serviço básico de saúde (BRASIL, 2016).

A sífilis congênita é considerada como importante identificador da qualidade da assistência pré-natal, existindo uma relação significativa com a sua presença em uma determinada instituição e a existência de sérios erros estruturais na saúde pública (MONTEIRO et al,2015).

Como exemplo, pode-se citar o estado do Pará, onde estudos realizados com 46 puérperas, que tinham antecedentes de sífilis ou VDRL positivo atendidas em uma maternidade, mostrou se que das gestantes que realizaram pré-natal, apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre. Mostrou ainda que, apenas 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal receberam tratamento adequado, dado que também denuncia a baixa qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2017).

Percebe-se que quando se realiza de modo incompleto ou inadequado à consulta do pré-natal, seja pela busca tardia por parte das mulheres ou ausência de comparecimento às consultas marcadas, impossibilita a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce, podendo explicar diversos casos de sífilis congênita, registrados, não somente no Pará, mas em todo o país (BRASIL, 2009).

Esses registros são comprovados pelos dados do SINAN de quase três milhões de mulheres que engravidam anualmente, no Brasil, apenas 75% realizam o pré-natal. Destas, somente 50% realizam o VDRL no início do pré-natal e apenas 23% o repetem no terceiro trimestre da gestação, conforme preconizado pelas normas brasileiras. Essa situação demonstra a necessidade de melhorar a organização dos tratamentos relacionados à doença, para que possa captar e acolher as gestantes precocemente, assim como de oferecer chances de detecção e tratamento correto e oportuno da sífilis para as gestantes e seus parceiros sexuais (BRASIL, 2017).

Segundo os autores Sousa e Chagas (2014) a persistência da sífilis congênita está relacionada com a saúde pública e com a falta de percepção dos profissionais da saúde de que a sífilis na gestação e congênita podem gerar graves consequências para a mulher e seu conceito, a ausência ou baixa cobertura dos programas de prevenção acesso à assistência pré-natal e a estigmatização e discriminação com as infecções de transmissão sexual.

Ao considerar o tratamento concomitante do parceiro o estudo do Programa Nacional de DST/Aids revelou somente 17,3% das gestantes no país têm o companheiro tratado para sífilis (BRASIL, 2017).

Através de um estudo descritivo de corte transversal realizado com 1500 parturientes, que entre aquelas com resultado de VDRL positivo, somente 50% conseguiram levar o parceiro para participar do pré-natal e ser orientado quanto ao tratamento da sífilis, e um percentual ainda menor conseguiu que o parceiro fosse testado, dentre estes nem todos concordaram com o tratamento. Com isto, as gestantes portadoras dessas infecções vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfeção e a transmissão vertical (BRASIL, 2017).

2.5 Evolução dos Programas e Políticas Públicas Relacionadas à Sífilis Congênita

2.5.1 Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM)

Na década de 80, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (PAISM), que se consagrou como uma das ações governamentais precursoras de incorporação de princípios feministas em políticas de saúde. Este programa apresenta como objetivo garantir a integralidade e autonomia ao ser mulher por meio dos seus objetivos específicos: prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tendo como uma das metas a eliminação da sífilis como um problema de saúde pública no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Com a criação do PAISM, o Ministério da Saúde focou em políticas que oferecessem assistência à mulher como um todo. O combate às doenças sexualmente transmissíveis tornou-se bem difundido no país. A sífilis, doença grave, de fácil diagnóstico e tratamento passou a ser investigada com maior frequência pelos profissionais da saúde, principalmente em mulheres no período gestacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Devido à elevada taxa de prevalência, de transmissão vertical e da alta mortalidade, a sífilis na gestação foi incluída como uma IST de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 (ROTTA, 2012).

No entanto, devido à ausência de uniformidade no diagnóstico e conduta, assim como as falhas no mecanismo de notificação, sabe-se que a frequência da doença é bem maior do que a verificada pelos números oficiais, demonstrando que ainda há níveis elevados de sub-registro e subnotificação desse agravo. (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006).

Com o intuito de acompanhar e controlar os avanços desse agravo, em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação da doença o registro de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano. COLOCAR REFERENCIA

2.5.2 Programa de Humanização Do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

No ano 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa prioriza a redução dos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, bem como a melhora no acesso, na cobertura e na qualidade de assistência em nível primário, garantindo dentre seus procedimentos a realização do VDRL na primeira consulta de pré-natal e na trigésima semana de gestação, o que veio favorecer o diagnóstico precoce e uma consequente melhoria no controle da sífilis congênita (BRASIL, 2000).

2.5.3 Programa Nascer e Rede Cegonha

Foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde e lançado nas maternidades localizadas em municípios prioritários com atendimento de mais de 500 partos ao ano. Este Programa Nascer tem como principal objetivo de promover a capacitação de equipes multiprofissionais com vistas à reorganização do processo de trabalho, para a melhoria da qualidade do atendimento à gestante puérpera e recém-nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006).

A criação do PHPN e do Projeto Nascer foram fundamentais para melhoria da assistência prestada pelos profissionais da saúde, pois além da humanização do cuidado, que é o foco do programa e do projeto, há a preocupação com a realização do VDRL duas vezes durante a gestação e no momento do parto, o que permite o diagnóstico e o tratamento materno, além da prevenção da transmissão vertical (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006).

Ressalta-se que essas políticas foram de forte impacto no combate à sífilis, mas para que elas sejam totalmente eficazes é necessário que os profissionais estejam conscientizados da importância da assistência de qualidade e coloquem em prática tais preconizações.

Deve-se enfatizar como importante marco dentro do cenário público brasileiro, o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, que apresenta como um de seus três eixos o Pacto pela Vida. A redução da mortalidade materna e infantil está entre as suas prioridades básicas, sendo um dos

componentes para a execução dessa prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 2007, foi lançado oficialmente o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, o qual tem como metas a redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011. Com esse plano pretendeu-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, o aumento da cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros, além da ampliação das ações de prevenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Todavia, tal proposta novamente não foi alcançada, visto que a sífilis congênita ainda é um agravo de elevada magnitude e que apresenta indicadores desfavoráveis quanto ao seu controle, demonstrando assim, a necessidade de prioridade política para a sua abordagem.

Devido à elevada taxa de prevalência, de transmissão vertical e da alta mortalidade, a sífilis na gestação foi incluída como IST de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. No entanto, devido à ausência de uniformidade no diagnóstico e conduta, assim como as falhas no mecanismo de notificação, sabe-se que a frequência da doença é bem maior do que a verificada pelos números oficiais, demonstrando que ainda há níveis elevados de sub-registro e subnotificação desse agravo (BRASIL, 2006).

Ressalta-se outra ação desenvolvida recentemente pelo Ministério da Saúde (MS), que apresenta entre seus objetivos a humanização e a assistência eficaz à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é o Projeto Rede Cegonha. Essa estratégia consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, refletindo diretamente na redução dos índices de mortalidade materna no país (BRASIL, 2016).

Percebe-se que todos esses programas apresentam metas e objetivos plausíveis, alguns até mesmo ousados, e obteve impacto positivo para a melhoria da promoção da saúde dos binômios mãe e filho, contribuindo para a prevenção da sífilis congênita, porém ainda são verificados entraves que impossibilitam a realização plena do que foi proposto pelos programas, sendo necessário um maior

empenho por parte dos profissionais e gestores na busca da implementação efetiva de tais programas.

A Sífilis Congênita é um marcador da qualidade de assistência à saúde materno-infantil em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2006).

O diagnóstico e tratamento de SG são cruciais para a quebra da cadeia de transmissão da doença ao feto e/ou RN, pois, uma vez tratada adequadamente na gestante, às chances de transmissão vertical da doença diminuem consideravelmente, fato que comprova a necessidade de estudar a epidemiologia da SG. Assim, a subnotificação de casos de SG pode constituir fator de agravo e sequelas para o RN, com consequentes problemas de saúde pública.

Um pré-natal de qualidade deve notificar e tratar gestantes infectadas por sífilis para reduzir os índices de sífilis congênita. Dados epidemiológicos recentes revelam um aumento de 300% do número de casos de SG no Brasil entre 2010 e 2016. Isso se deve, em parte, ao aumento do número de mulheres testadas por meio de testes rápidos e ao aumento do número de notificações da doença via Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), contudo, acredita-se que ainda exista um grande percentual de casos não notificados (MAGALHÃES,2017).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo, realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET, referentes aos casos de sífilis congênita notificados no estado do Espírito Santo os anos de 2007 a 2016.

Segundo Triviños (1987) a pesquisa descritiva exige por parte do investigador uma série de informações sobre seu objeto de pesquisa. A finalidade do mesmo é descrever os fenômenos e os fatos que compõem uma determinada realidade.

Foram coletados dados de todos os municípios do Espírito Santo através do SINAN disponibilizados no site eletrônico do DATASUS.

Foram utilizados dados de ocorrência de sífilis congênita, notificados pelo SINAN e dados sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, referentes aos residentes da localidade e período de interesse do estudo.

Foram, também, realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos junto à base de dados informatizados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), para discussão do assunto e embasamento científico.

As informações foram analisadas através de notificação de sífilis congênita em todos os municípios do Espírito Santo, através dos agravos de ocorrência em residentes deste estado. Para melhor compreensão dos fatores associados à situação epidemiológica da sífilis congênita no estado, os dados das variáveis maternas coletados foram: raça/cor; escolaridade da mãe; realização do pré-natal, período de tratamento e tratamento do parceiro; e as variáveis dos casos de sífilis congênita foram: faixa etária, classificação final e evolução do caso.

Foi realizada análise descritiva dos dados, com cálculo da frequência de cada variável de estudo, a fim de mensurar sua contribuição, e possível correlação, para ocorrência de tais casos de sífilis congênita.

Para cálculo da Taxa de Incidência de Sífilis Congênita, foi realizado cálculo do número de casos de sífilis congênita em menores de um ano, dividido pelo total de nascidos vivos do mesmo período, multiplicado por 1000. Os resultados adquiridos foram expostos por meio de um gráfico e tabelas explicativas.

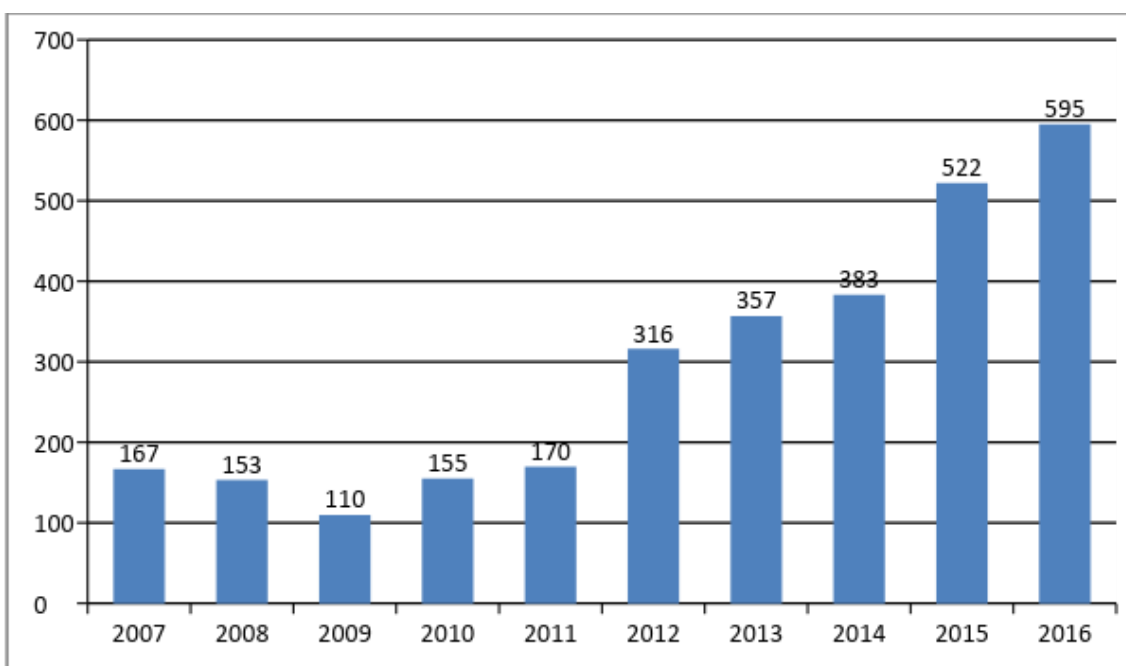
Esta pesquisa não necessitou da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa por se tratar de dados de acesso público.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Estado do Espírito Santo foram registrados 533.037 mil nascimentos de bebês (vivos) no período de 2007 a 2016, e foram notificados 2.928 casos de sífilis congênita no mesmo período. Após o cálculo, encontrou-se um coeficiente de incidência de 5,49 casos por 1000 nascidos vivos.

Na análise do gráfico 1 é notório o crescimento exacerbado do número de casos de sífilis congênita. No período de 2007 a 2009, houve uma queda nas notificações do SINAN, uma vez que em 2007 tiveram 167 casos e em 2009 110 casos, ocorrendo uma queda de 34%. No ano de 2010 o número de casos foi 155, havendo um aumento de 29% se comparado ao ano anterior. Analisando os dados no período de 2010 a 2013 o aumento foi de 130%, e ao analisar um período maior, de 2010 a 2016 mostra um aumento de 67% nos casos. Ao observar o período analisado como um todo, de 2007 a 2016, o aumento da incidência dos casos de sífilis congênita torna-se ainda mais evidente, uma vez que o quantitativo no primeiro ano é 167 e no último 595, demonstrando um aumento percentual de 256% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Incidência dos casos de Sífilis Congênita no Estado do Espírito Santo, por ano, período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN

No Brasil em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, destes casos, 185 evoluíram para óbitos (TEIXEIRA et al, 2018).

Conforme alguns estudos, o aumento de casos de sífilis gestacional notificados, não está relacionado somente ao número de casos que se multiplicou, mas também com o aumento no número de notificações, ou seja, representam uma melhoria no sistema de notificação, atribuída a vigilância epidemiológica do Brasil, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal, em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, também, pela implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; XIMENES et al, 2008).

Os casos de sífilis aumentaram em 13 dos 14 estados do Brasil que têm dados disponíveis sobre a sífilis adquirida. Observou-se que o crescimento da doença tem relação com o descuido no uso da camisinha, impactando na ocorrência da sífilis congênita, pois uma vez que há alta incidência da sífilis adquirida, as chances de infectar uma gestante aumentam, tendo possíveis consequências para o feto (OMS, 2016).

Todavia, a sífilis congênita é um problema de saúde e a meta do governo é reduzir o número de casos a zero porque é uma doença evitável se o pré-natal for bem feito (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006).

Segundo informa o Boletim Epidemiológico (2017), a elevação das taxas de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes no período de 2010 a 2016, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos.

A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observadas as taxas individualmente para cada estado, destacam-se as taxas de sífilis em gestantes no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul (OMS, 2016).

Dentre esse quantitativo de casos, ao analisar as variáveis maternas, verificou-se que a maioria se considerou parda (54%), possuía ensino fundamental incompleto (31,1%) e realizou o pré-natal (77%). Em se tratamento da realização do tratamento, chama a atenção que apenas um pouco mais da metade realizou o tratamento durante o pré-natal (55%) e porcentagem considerável realizou no

momento do parto (29%). A grande maioria dos parceiros não realizou o tratamento concomitante (67%), porém este percentual pode ser ainda mais elevado, pois nesta variável há valor significativo de fichas de notificação com esta informação ignorada ou em branco (513). A tabela 1 demonstra os dados acima mencionados.

Tabela 1. Descrição dos casos de sífilis congênita de acordo com as variáveis maternas, período de 2007 a 2016.

Variáveis maternas	N	%
Raça/cor		
Branca	465	15,88
Preta	147	5,02
Amarela	6	0,2
Parda	1589	54,26
Indígena	6	0,2
Ign/branc	717	24,84
Escolaridade		
Analfabeto	19	0,65
Ensino fundamental incompleto	913	31,1
Ensino fundamental completo	241	8,23
Ensino médio incompleto	272	9,29
Ensino médio completo	271	8,23
Ensino superior incompleto	17	9,25
Ensino superior completo	14	0,49
Não se aplica	14	0,49
Ing/branc	1170	40
Realização de pré-natal		
Sim	2257	77,08
Não	501	17,11
Ign/branc	172	5,87
Tratamento da Sífilis materna		
Durante o pré-natal	1612	55,05
No momento do parto/curetagem	874	28,92
Após o parto	264	9,01
Não realizado	20	0,68
Ign/branc	158	5,39
Tratamento do parceiro		
Sim	435	14,85
Não	1980	67,62
Ign/branc	513	17,52

FONTE: SINAN

O estado de Alagoas notificou 1.258 casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2011, sua incidência média obtida para este mesmo período foi de 4,8 casos a cada 1.000 nascidos vivos. Algumas variáveis encontradas se assemelham aos encontrados em nosso estudo, uma vez que ao analisar as variáveis maternas, verificou-se que a maioria se considerava parda, possuía ensino fundamental incompleto e realizou o pré-natal (ALEXANDRA et al, 2016).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Estado do Paraná (2018), neste estado houve um aumento de quase 6 vezes referente ao ano de 2010, que era de 1 caso a cada 1.000 nascidos vivos, passando para 6,8 casos a cada 1.000 nascidos vivos, em 2017.

Observando os dados dos estados Espírito Santo e Alagoas a raça/cor parda é prevalente, se comparado às demais etnias, já no Paraná e no Rio Grande do Sul a raça/cor branca mostrou-se superior (ALEXANDRA et al 2016; B 2018).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) mostrou que as mulheres mães de recém-nascidos com sífilis congênita, no geral, tinham baixa escolaridade e renda, o que engloba uma série de fatores limitantes no processo saúde-doença como o acesso restrito aos serviços de saúde, capacidade limitada no conhecimento de práticas de saúde, bem como de fatores de risco (CHUFALO, 2012).

Em se tratando da realização do tratamento, chama a atenção que apenas um pouco mais da metade realizou o tratamento durante o pré-natal (55%) e porcentagem considerável realizou no momento do parto (29%). Um estudo realizado no Brasil pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) constatou que existe relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e assistência pré-natal, uma vez que quanto mais precária as condições socioeconômicas, mais difícil é o acesso à saúde, e a realização do pré-natal deveria ter impacto nas taxas de sífilis congênita, como seu declínio (CHUFALO, 2012).

O Boletim Epidemiológico do Paraná (2018) documentou que a maioria das gestantes realizou pré-natal, (90,9%) e 8,7% não realizaram, achado semelhante ao nosso estudo.

É importante salientar que a atenção ao pré-natal tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável. Para tanto, deve garantir a captação precoce da gestante em até 120 dias da gestação, a realização de no mínimo seis consultas e a oferta de

exames laboratoriais básicos, dentre eles os exames para diagnóstico precoce das IST's, como a sífilis (ARAÚJO et al, 2012; BRASIL, 2005).

Ressalta-se que a garantia do acesso ao serviço de saúde, a qualidade da assistência pré-natal e no momento do parto é determinante para a redução da incidência de sífilis congênita (ARAÚJO et al, 2012; BRASIL, 2005).

O não tratamento de grande maioria dos parceiros (67%) traz um grave entrave na diminuição da taxa de incidência de sífilis congênita, sendo este resultado semelhante ao encontrado em um estudo realizado no Paraná, em que apenas 22,7% dos parceiros realizaram o tratamento concomitante (BRASIL, 2018).

Apesar de todos os protocolos existente na assistência e a disponibilidade da penicilina G benzatina disponível nas UBS, os estados citados junto com o estado do Espírito Santo, evidenciam uma dificuldade no manejo do tratamento da doença, e uma dificuldade de realizar o tratamento do parceiro (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006). Nota-se a necessidade de realizar ações de intervenções para educação em saúde voltadas tanto para o homem, quanto para gestante.

Nas variáveis relativas ao feto, a maioria dos nascidos tinham até 6 dias de vida (95%), foram classificados como sífilis congênita recente (87%), mas chama atenção que 94 tiveram a classificação final como natimorto/aborto. Grande percentual teve evolução clínica com vida (84%), porem 65 foram a óbito por este agravo e este percentual poderia ser ainda maior, devido a elevada quantidade de notificações com esta informação ignorada ou em branco (157) (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição dos casos de sífilis congênita de acordo com as variáveis fetais, período de 2007 a 2016.

Variáveis fetais	N	%
Faixa etária		
Até 6 dias	2778	94,87
7-27 dias	79	2,69
28 dias a <1 ano	65	2,21
1 ano (12 a 23 meses)	3	0,10
2 a 4 anos	5	0,17
Classificação final		
Sífilis Congênita Recente	2557	87,32
Sífilis Congênita Tardia	8	0,27
Natimorto/Aborto por Sífilis	94	3,21
Descartado	191	6,5

Tabela 2. Descrição dos casos de sífilis congênita de acordo com as variáveis fetais, período de 2007 a 2016.

Variáveis fetais	N	%
Faixa etária		
Ign/Branco	78	2,66
Evolução do Quadro Clínico		
Vivo	2464	84,15
Óbito pelo agravo notificado	63	2,1
Óbito por outra causa	25	0,85
Ign/Branco	157	5,36

FONTE: SINAN

O Boletim Epidemiológico do Paraná (2018) no ano de 2016, em relação ao diagnóstico final, 95,9% dos recém-nascidos foi notificados com sífilis congênita recente 1,8% notificados como aborto e 2,3% como natimorto.

Uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Sul entre 2007 e 2012, evidenciou que 89 neonatos foram a óbito devido por este agravo, representando 3,6% dos casos do período. No estado de Alagoas, 2007 a 2011, a média de incidência de óbito por sífilis congênita foi de 4,8 para cada 1000 nascidos vivos (TEIXEIRA et al, 2016; ALEXANDRA et al, 2016).

É relevante que sejam feitas as notificações no SINAN como forma de controle da sífilis gestacional e congênita, objetivando fomentar e abastecer esse importante instrumento de auxílio do planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção e respostas, além de permitir que seja avaliado o impacto dessas (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006).

5 CONCLUSÃO

Pode-se perceber através deste estudo detalhado, a grande necessidade de que sejam ampliadas as investigações epidemiológicas, para que se tenha uma avaliação mais consistente da magnitude do problema causado pela sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, e que o governo deverá se empenhar mais, desenvolvendo mais esforços que possam permitir a elaboração de estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita, principalmente atuar com as populações de risco, de baixa escolaridade ou condições sócio econômica, investindo e organizando os serviços de saúde do Estado, trazendo informações e acesso a toda população capixaba, fazendo palestras nas escolas onde possa fornecer informações importantes as gestantes adolescentes e alunos, oferecendo um serviço de pré-natal de qualidade; possibilitando exames laboratoriais rotineiros estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e finalmente, garantir o tratamento correto a gestante e seu parceiro, com acolhimento e reconhecimento de necessidades.

As estratégias acima mencionadas são sugestões para que se organize o serviço da saúde no Estado do Espírito Santo para que melhore qualidade e seguimento efetivo dos casos de sífilis congênita. Sendo ainda fundamental a presença do enfermeiro, pois ele é o principal profissional que acompanha a mulher durante o pré-natal, que realiza ações de prevenção e tratamento da sífilis. Ressalta-se que ele deve atuar desde o início ao notificar oportunamente a paciente até constituir-se como instrumento de controle social, devendo atuar na medida de controle e tratamento em todos os casos de sífilis. A equipe da atenção básica deve fazer o acompanhamento integral, oferecendo assistência adequada no tratamento e no acompanhamento das pacientes, seus filhos e parceiros.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Sífilis congênita e sífilis na gestação** – Serviço de vigilância epidemiológica, Secretaria de estado da Saúde– SES- SP, 2008, Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>> acesso 17/03/2019.

BRASIL. **SÍFILIS, Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde – Brasil, 2016

BRASIL, **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde – Brasil, 2017.

BRASIL, **Guia de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde, Brasil, 2017.

_____, Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, outubro 2018.

_____. **Teste Rápido de HIV e Sífilis na atenção básica**, redeseconha – Brasi, 2017. Disponível:<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/redecegonha/testes-rapidos>> acesso, 17/03/2019.

_____. **SÍFILIS. Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Ministério da saúde** – Brasil, 2010.

_____. **Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde. Brasil, 2017.

ALEXANDRA, E. Rizzettiet al . **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

ARAÚJO CL, Shimizu HE, Sousa AIA, HamanN EM. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia de saúde da família**. Rev. Saúde Pública. 2012 June; 46(3):479-86.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Educação Médica Continuada**, Rio de Janeiro, n., p.111-126, 2006.

BELDA Jr W, Shiratsu R, Pinto V. **Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis**. AnBrasDermatol. 2009;84(2):151-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000200008>.

CHUFALO JE, Maciel ACG, Espíndola LN. **Sífilis Congênita**. Femina. 2006;34(10):701-10.

DAMASCENO, A. et al. **Sífilis na gravidez**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), v.13, n.3, 2014. Disponível:<http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=500> acesso em 17/03/2019.

DANTAS CL, FONSECAJU AL, CÁSSIA RT VL SL. **FATORES ASSOCIADOS AAUMENTO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**,2016.Disponível:<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/680/1/TCC%20final.pdf> acesso em 16/03/2019

DENNIS RL, Negron TJ, Lindsay M, Nesheim SR, Lee FK, Jamieson DJ. **Rapid human immunodeficiency virus testing in labor and delivery: a comparison of implementation models between 2 hospitals**. The Journal of perinatal and Neonatal Nursing 21:298-306, 2007

DENZIN NK, Lincon YS.**Handbook of qualitative reserach**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DUARTE G. **Doenças sexualmente transmissíveis e gravidez**. In: Linhares IM, Duarte G, Giraldo PC, Bagnoli VR (eds.) Manual de Orientação, DST/AIDS-Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo: Editora Ponto; 2004. p.118-41.

FAGUNDES S. M. S. **Análise dos dados da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Espírito Santo**, BoletimEpidemiológico CE IST/AIDS/HV –Nº 33/ 2018.

FONSECA, J. J. S. (2002). **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC. [Apostila.]

LOMOTÉY, R. Junior AN. **Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso**. J Bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2009.

MACHADO G. A. A. et al. **Complicações da Sífilis Congenita: Uma revisão Bibliográfica**, 2012. Disponível:http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5822, Acesso 17/03/2019.

MAGALHÃES Sobrinho DDT. **Sífilis gestacional: investigação da fragilidade do tratamento na Estratégia Saúde da Família** [documentonthe internet]. 2017.

MONTEIRO M.O.P, et al. **Fatores associados à sífilis ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculinos, femininos e gestantes um centro de referência municipal/CRM – DST/HIV/AIDS de Feira de Santana,Bahia**, 2015.Milena de Oliveira Pérsico Monteiro (milapersico@hotmail.com)- Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte. Feira de Santana, BA. CEP: 44036-900.

KALININ, Y.; NETO, A. P.; PASSARELLI, D. H. C. **Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento**. Odonto. São Paulo, v.23, p.65-76, 2015.

MONTEIRO, E. Sistemas de Informação em Saúde. In. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Ed.). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Sífilis 2012. Distrito Federal, 2012.

Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS. Programa Nascer Maternidade. Brasília: MS;2016.

ROTTA, O. **Diagnóstico sorológico da sífilis**. AnBrasDermatol. [periódico na Internet]2012;80(3):299-302.Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000300014>> [Acesso em 18 maio 2019]

PARÁ. Governo do Estado do Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, a. V, n. 2, jan./jun. 2009. .

PARATONI A. S. et al. **Sífilis Congênita na Microrregião de Barbacena: Incidência e fatores associados**. Revista Medica de Minas gerais, V. n. 28 p. 72-77, 2018. Disponível:<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2310>, acesso, 24/03/2019.

SARACENI V, Leal MC. **Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000**. Cad. Saúde Pública. 2003; 19:1341-9, 2003.

SOARES R. M. M. D, CARMO M. L. **Incidência de sífilis congênita e seus fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil**: Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro, 21040 – 360. 2016.

SOUZA, W. V.; CHAGAS, C. M. A. S. Notificação compulsória de doenças e agravos no Brasil: Um breve histórico sobre a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. In. BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

TEIXEIRA, L. A. 'Da raça à doença em Casa Grande e Senzala'. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, pp. 231-243, jul./out. 2008.