

JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1



**SÍFILIS GESTACIONAL – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA – TO NOS ANOS DE
2016 A 2019**

**GESTATIONAL SYPHILIS - EPIDEMIOLOGICAL
PROFILE IN THE MUNICIPALITY OF ARAGUAÍNA -
TO IN THE YEARS 2016 TO 2019**

Maryana Mota ATAÍDE
Centro Universitário UNITPAC
E-mail: maryanamotaa@gmail.com

Lanessa Aquyla Pereira de SOUSA
Centro Universitário UNITPAC
E-mail: lanessadrigue@gmail.com

Rodolfo Lima ARAÚJO
Centro Universitário UNITPAC
E-mail: Rodolfo.arajuo@unitpac.edu.br



RESUMO: Objetivos: Avaliar a prevalência de Sífilis Gestacional no Município de Araguaína-TO. **Metodologia:** Análise quantitativa dos casos de sífilis gestacional na cidade de Araguaína-TO nos anos de 2016 a 2019 de dados obtidos através do TABNET/DATASUS e SINAN. **Resultados:** O total de gestantes acometidas pela sífilis gestacional no período analisado foi de 276 casos de sífilis gestacional, sendo 13,4% (37 casos) em 2016, 17% (47 casos) em 2017, 31,88% (88 casos) em 2018 e 37,68% (104 casos) em 2019. O diagnóstico da sífilis gestacional predominou-se no 3º trimestre da gestação, com 42,39% (117 casos) e o esquema terapêutico escolhido foi o Penicilina com 93,47% (258 casos) no período analisado. Quanto ao perfil social da paciente, foi observado uma prevalência nas grávidas com idades de 20 – 29 anos e ensino médio completo com 56,15% (155 casos) e 28,6% (79 casos), respectivamente. **Conclusão:** Foi observado um aumento progressivo no número de casos de sífilis em gestantes a partir do ano de 2016. Com esses resultados, é notório que a sífilis gestacional ainda persiste como problema de saúde pública, e que ainda há um longo caminho para o alcance da meta da Organização Mundial da Saúde de 0,5 caso/1.000 nascidos vivos no município.

Palavras-Chave: Gestantes. Gestação. Sífilis Gestacional.

ABSTRACT: Objectives: To evaluate the prevalence of Syphilis in pregnant woman in the municipality of Araguaína-TO. **Methodology:** Quantitative analysis of cases of gestational syphilis in the city of Araguaína-TO in the years 2016 to 2019 from data obtained through TABNET / DATASUS and SINAN. **Results:** The total number of pregnant women affected by gestational syphilis in the analyzed period was 276 cases of gestational syphilis, 13.4% (37 cases) in 2016, 17% (47 cases) in 2017, 31.88% (88 cases) in 2018 and 37.68% (104 cases) in 2019. The diagnosis of gestational syphilis was predominant in the 3rd trimester of pregnancy, with 42.39% (117 cases) and the therapeutic regimen chosen was Penicillin with 93.47 % (258 cases) in the analyzed period. As for the patient's social profile, there was a prevalence in pregnant women aged 20 - 29 years and complete high school with 56.15% (155 cases) and 28.6% (79 cases), respectively. **Conclusion:** There was a progressive increase in the number of syphilis cases in pregnant women from the year 2016. With these results, it is clear that gestational syphilis still persists as a public health problem, and that there is still a long way to reach the World Health Organization target of 0.5 cases / 1,000 live births in the municipality.

Keywords: Pregnancy. Pregnant Woman. Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, com evolução crônica que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*^{1,2}. Consiste em uma bactéria que é transmitida na relação sexual, transfusão sanguínea, no contato com lesões mucocutâneas. A afecção acomete indivíduos que possuem vida sexual ativa, incluindo gestantes, podendo ocorrer a transmissão vertical, quando o tratamento não é realizado.³

Avalia-se que ocorram cerca de 11 milhões de novos casos de sífilis por ano no mundo inteiro, sendo que, as maiores taxas de incidência ocorrem nos países subdesenvolvidos da América Latina, África e Ásia. Em especial, observou-se um aumento nas taxas, especialmente no Brasil nos últimos 5 anos. Assim, no país, a doença permanece como um problema de saúde pública, principalmente entre as gestantes e seus filhos^{3,18}.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os anos de 2016 a 2019, houve 210.175 casos de sífilis gestacional notificados ao SINAN, no Brasil. Dentre esses, 20.266 casos na região Norte, sendo 1.880 casos no estado do Tocantins e 276 no município de Araguaína.^{4,5,6,7} A sífilis gestacional se tornou uma doença de notificação compulsória através da Portaria Ministerial nº33, de 14 de julho de 2005¹³.

A sífilis gestacional é uma doença que pode ser prevenida e tratada adequadamente, evitado assim todas as complicações gestacionais e a sífilis congênita. O aumento dos números de casos em gestantes é indicador de falhas na prevenção, do pré-natal, no diagnóstico ou no tratamento^{1,3,12}. O espectro de desfechos pode variar de acordo com a idade gestacional e o estágio de infecção^{1,3}.

A sintomatologia que ocorre nas gestantes, são as mesmas observadas em uma mulher não grávida.³ Entretanto, a paciente gestante, pode apresentar complicações gestacionais, como por exemplo, óbito fetal e neonatal, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, anomalias congênitas, doenças clínicas ao nascimento e sequelas tardias.^{3,12}

Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter lançado a iniciativa em 2007 de eliminar a transmissão da sífilis, nos últimos anos vem ocorrendo um aumento da infecção na gestação³. Dessa forma, compreendendo o grande impacto da sífilis na saúde pública, é de extrema relevância que a Secretaria Municipal de Saúde, conheça a realidade da patologia na sua população, para que as ações preventivas e de controle sejam adotadas adequadamente. Este trabalho objetiva descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes no período de 2016 a 2019 em Araguaína – TO, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) derivados das notificações compulsórias dos casos de sífilis em gestantes identificados nos residentes de Araguaína/TO, no período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) foi utilizado para extrair o número de nascidos vivos no município durante o mesmo período de estudo, sendo usado nos cálculos das taxas de incidência e de detecção. Todos os dados do Sinan e Sinasc foram coletados na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde. As definições dos casos de sífilis em gestantes são preconizadas pelo Ministério da Saúde e apresentadas nas fichas de notificação/investigação do Sinan. No caso das gestantes, essas são notificadas durante o pré-natal quando elas apresentam evidência clínica e/ou sorologias positivas.

Neste estudo, foram incluídas todas as fichas de notificação de sífilis pertencentes aos municípios de Araguaína registradas no período. Não houve exclusão de fichas, sendo analisadas, inclusive, as fichas contendo dados não informados ou referidos como ignorados. Esse fato foi apresentado nos resultados e discussão. Dessa forma, foram analisadas 276 fichas de notificações de sífilis gestacional. Os parâmetros avaliados foram escolhidos conforme o maior impacto epidemiológico e de abordagem na literatura. Primeiramente, as informações foram exportadas do Sinan Net e posteriormente tabuladas no programa TabWin®, sendo também utilizados recursos dos programas Epi Info® e Microsoft Office Excel® para os cálculos de livre distribuição e das taxas epidemiológicas.

A taxa de detecção da sífilis em gestantes foi calculada pelo número de casos notificados por ano dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano/local e multiplicado por 1.000. Foram analisadas as variáveis referentes às características sociodemográficas (Raça, faixa etária e escolaridade), idade gestacional e esquema de tratamento da gestante. Durante a pesquisa, não foi feita a exportação de dados com nomes dos indivíduos notificados, portanto a identidade dos mesmos foi mantida em sigilo, não havendo necessidade da utilização do Termo de Consentimento Livre Pós Esclarecido.

RESULTADOS

Entre 2016 e 2019, foram notificados 276 casos de sífilis em gestantes com evidente crescimento no número de notificações, passando de 37 casos (13,4%) no ano de 2016, 47 casos (17%) em 2017, 88 (31,8%) em 2018, para 104 casos (37,68%) em 2019.

Observando o perfil sociodemográfico das gestantes, foi verificada uma maior ocorrência da doença em mulheres pardas 212(77,5%), seguido por mulheres brancas 29(10,5%), pretas 27(9,78%) casos, 1 indígena(0,36%),e em 3 (1,08%) casos a raça foi ignorada.

A Faixa etária de 20 a 29 anos 155 (56,15%) foi a mais acometida, seguido por gestantes de 15 a 19 anos com 63 (22,82%), 30 a 39 anos com 47 (17,02%) casos, 7 (2,53%) casos acima de 40 anos e 4 (1,44%) em menores de 14 anos.

Com relação a escolaridade, foram notificados 12 (4,34%) casos em mulheres com ensino superior completo, 10 (3,62%) casos com ensino superior incompleto, sendo verificada uma maior prevalência em gestantes com ensino médio completo 79 (28,6%), ensino médio incompleto com 63 (22,8%) casos, ensino fundamental completo com 20 (7,24%) e ensino fundamental incompleto com 68 (24,63%) casos. Até 4 série ocorreram 15 (5,43%)casos ,com apenas 1 (0,36%) analbafeto(a), e 13 (4,71%)dos casos com escolaridade ignorada (Tabela 2).

No que se refere ao período de diagnóstico, foi observado um maior ocorrência de diagnóstico tardio na gestação, com 117 (42,39%) casos no 3º trimestre, 90 (32,6%) das gestantes notificadas no 1ºtrimestre de gestação e 69(25%) casos no 2º trimestre.

O tratamento foi realizado em 94,19% das gestantes, sendo a penicilina benzatina em três doses o esquema terapêutico mais utilizado 258 (93,47%),e 2 (0,72%) casos com outro esquema de tratamento. Não foi realizado o tratamento por 14 (5%) gestantes e em 2 casos foi ignorado (0,72%) (Tabela 2).

Tabela 1: Casos de Sífilis em Gestantes, taxa de Detecção da Sífilis em Gestante. Araguaína/TO, Brasil, 2016 – 2019.					
Sífilis em Gestantes	Total	2016	2017	2018	2019
Casos	276	37	47	88	104
Taxa de detecção	-	12	15,2	26,2	31
%	100%	13,4	17	31,8	37,68

Tabela 2: Características Sociodemográficas e clínicas das gestantes notificadas. Araguaína/TO, Brasil, 2016 - 2019.		
Características:	N= 276	%
Idade Gestacional:		
1º Trimestre	90	32,6
2º Trimestre	69	25
3º Trimestre	117	42,39
Idade Gestacional Ignorada	1	0,36
Faixa Etária:		
10 – 14 anos	4	1,44
15 – 19 anos	63	22,82
20 – 29 anos	155	56,15
30 – 39 anos	47	17,02
40 anos ou mais	7	2,53
Ignorada	0	-
Escolaridade:		
Analfabeta	1	0,36
1º - 4º série incompleta	5	1,81
4º série completa	10	3,62
5º - 8º série incompleta	68	24,63
Fundamental Completo	20	7,24
Médio Incompleto	63	22,8
Médio Completo	79	28,6
Superior Incompleto	10	3,62
Superior Completo	12	4,34
Ignorado	13	4,71
Cor/Raça:		
Branca	29	10,5
Preta	27	9,78
Amarela	2	0,72
Parda	214	77,5
Indígena	1	0,36
Ignorado	3	1,08
Esquema de Tratamento		
Penicilina	258	93,47
Outro Esquema	2	0,72
Não Realizado	14	5
Ignorado	2	0,72

DISCUSSÃO

Durante os anos de 2016 a 2019, foi observado um aumento no número de notificações de sífilis gestacional no município alvo do estudo e em todo território nacional, após avaliar os dados nacionais e estaduais^{4,5,6}. No ano de 2019, o município de Araguaína apresentou uma taxa de detecção da sífilis gestacional de 31 casos/1.000 nascidos vivos, estando acima da taxa nacional e do Estado do Tocantins, 20,8 e 22,4 casos/1.000 nascidos vivos, respectivamente^{4,5,6}.

Este aumento das notificações pode estar associado a diversos fatores, como por exemplo, a adesão ao pré-natal, diagnóstico efetivo da sífilis gestacional. Algumas ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como a implantação de testes rápidos para a triagem da sífilis na atenção primária teve grande impacto no diagnóstico e consequente elevação na taxa de detecção da sífilis gestacional³.

Neste estudo foi analisado que, 32,6% das pacientes, foram detectadas no 1º trimestre da gestação. Entretanto, a maior parte das gestantes (42,39%) recebeu o diagnóstico de sífilis durante o 3º trimestre de gestação, de forma que sugere falhas nas ações da atenção primária voltadas ao diagnóstico precoce¹¹.

Quanto ao perfil das gestantes, constatou-se uma predominância de mulheres com 20 – 29 anos (56,15%), sugerindo o fato de ser o momento em que a mulher possui uma vida sexual ativa mais intensa e com menos responsabilidade preventiva. Quando se observa a escolaridade encontramos como resultado uma maior frequência mulheres pardas (77,5%), com ensino médio completo (28,6%), seguida do ensino fundamental incompleto (24,63%).

O perfil materno observado representa o contexto social da sífilis, acomete indivíduos com maiores vulnerabilidades sociais, considerando que há uma evidência para mulheres jovens e com baixa escolaridade^{11,19,22}. De maneira que, este contexto social está relacionado à exclusão social, a não realização adequada do pré-natal e em alguns casos, a dificuldade de acesso a informação e educação.

A assistência pré-natal de qualidade, com captação precoce da gestante, com ações de promoção da saúde, orientação sexual e reprodutiva, realização do protocolo dos exames preconizados durante o período gestacional é essencial para a prevenção de danos ao bebê. Ademais, a maioria das pessoas com sífilis geralmente não tem conhecimento da infecção, que pode ser transmitida sexualmente ao parceiro e pela gestação ao feto, provocando consequências severas. Isso pode ocorrer pela ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. É fundamental que as gestantes sejam examinadas por profissionais capacitados e rastreadas para sífilis periodicamente, a fim de detectar qualquer sinal, seja clínico ou sorológico de infecção.

O diagnóstico da sífilis é basicamente sorológico, por isso a importância de todas as gestantes serem testadas já na primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, devendo repetir a sorologia no início do terceiro trimestre por volta das 28 semanas, para que, se necessário, a terapêutica adequada seja instituída em tempo oportuno.

A testagem para sífilis é reconhecida como uma medida custo-efetiva mesmo em países com baixa prevalência de sífilis na gestação. A utilização de testes com resultado imediato, realizados na própria unidade de saúde, tem sido indicada em locais com baixo acesso a laboratórios para a testagem para sífilis, por seus efeitos na ampliação do acesso à testagem e tratamento mais precoce das gestantes e na redução de óbitos fetais e neonatais causados pela sífilis congênita. Testes rápidos treponêmicos apresentam sensibilidade e especificidade semelhantes aos de testes treponêmicos realizados em laboratório. Testes não treponêmicos, como é o caso do VDRL, podem gerar resultados falso-positivos e, portanto, devem ser confirmados por meio de testes treponêmicos, os quais são mais específicos.

Com relação ao esquema de tratamento das gestantes, 93,47% foi adequado, utilizando a Penicilina, considerado o tratamento de primeira escolha da sífilis. Entretanto, 5% das pacientes não realizaram tratamento em nenhum momento durante o pré-natal. Esses dados apesar de demonstrarem uma qualidade no atendimento de pré-natal da atenção básica, também revelam que ainda existe uma falha, podendo ser tanto por negligência da própria gestante quanto pela não assistência adequada oferecida na atenção básica¹².

O manejo adequado da sífilis na gestação implica a identificação precoce da gestante infectada e do seu tratamento adequado e oportuno.^{2,3} A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a utilização de indicadores de processo para o monitoramento das ações de controle da sífilis na gestação, visando à redução da transmissão da sífilis da gestante para o feto e a prevenção de desfechos negativos.

Os principais indicadores propostos são a proporção de gestantes com pelo menos uma consulta de pré-natal, a proporção de gestantes submetidas à testagem para sífilis; e a proporção de gestantes infectadas pela sífilis tratadas com pelo menos uma dose de penicilina benzatina, com metas de realização $\geq 95\%$ para todos os indicadores. Outros indicadores, como a proporção de gestantes com início precoce da assistência pré-natal e com tratamento precoce da infecção devem ser associados, visando melhor monitoramento da estratégia de eliminação.

No Brasil, a proporção de mulheres com assistência pré-natal é superior a 95%, mas mulheres sem qualquer consulta de pré-natal são as que apresentam a maior prevalência de sífilis na gestação e maior vulnerabilidade social.

Os municípios devem desenvolver ações e projetos em concordância com as propostas desenvolvidas pela OMS para a eliminação da sífilis gestacional e

consequentemente da sífilis congênita. Assim, devem-se promover ações de prevenção voltadas para mulheres em idade fértil, interromper a cadeia de transmissão da sífilis adquirida. Além disso, é necessária a adesão ao pré-natal por parte das gestantes e uma consolidação de condutas nas consultas de pré-natal.

Ainda, a Secretaria Municipal de Saúde pode oferecer treinamento de capacitação para os profissionais da saúde quanto ao atendimento e condutas dessas gestantes. É de extrema importância a realização de campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis através de palestras nas Unidades Básicas de Saúde e nas Escolas Públicas. Estas palestras devem abordar as principais complicações resultantes das infecções sexualmente transmissíveis, em especial no caso da sífilis em gestantes.

Portanto, para reduzir a prevalência de sífilis na gestação, é essencial que os profissionais de saúde e a comunidade se sensibilizem sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da mulher e de seu parceiro. À equipe multiprofissional cabe a realização de busca ativa das gestantes faltosas nas consultas de pré-natal, ações para a conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual insegura e da importância do autocuidado, principalmente entre os mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL, Eliana. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 52-55, fevereiro de 2012.
2. ANDRADE, Joelma Queiroz *et al.* Infecções na Gestação. In: URBANETZ, Almir Antonio. **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente.** Barueri: Manole Ltda, 2016. Cap. 51, p. 943 - 947.
3. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Rev Saúde Pública.** 2012 Nov; 46 (3): 479-86.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2017/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Maryana Mota Ataíde; Lanessa Aquyla Pereira de Sousa e Rodolfo Lima Araújo. Sífilis Gestacional - Perfil Epidemiológico no Município de Araguaína - TO nos anos de 2016 A 2019. **JNT-Facit Business And Technology Journal - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1. Fevereiro 2021 - Ed. Nº 23. Vol. 1. Págs. 142-152.**

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2018**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2019**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2020**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
9. CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **SciELO Saúde Pública: Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 26, p.1747-1755, set. 2010.
10. CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 *. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 255-264, mar. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>.
11. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. **Rev Saúde Pública**. 2014; 48: 766-74.
12. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. 2012; 12 (3): 269-80.
13. LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 63-74, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
14. MACHADO, Franciele Moura; CYRINO, Renata Martins Fantin. **PLANEJAMENTO DO ENFERMEIRO NA INSERÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍFILIS CONGÊNITA**. 2011. 48 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2011.
15. MASCHIO-LIMA, Taiza; MACHADO, Iara Lúcia de Lima; SIQUEIRA, João Paulo Zen; ALMEIDA, Margarete Teresa Gottardo. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 865-872, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>.

Maryana Mota Ataíde; Lanessa Aquyla Pereira de Sousa e Rodolfo Lima Araújo. Sífilis Gestacional - Perfil Epidemiológico no Município de Araguaína - TO nos anos de 2016 A 2019. **JNT-Facit Business And Technology Journal** - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1. Fevereiro 2021 - Ed. Nº 23. Vol. 1. Págs. 142-152.

16. MESQUITA, Karina *et al.* Análise dos Casos de sífilis Congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012. Editora da Universidade Federal Fluminense. <http://dx.doi.org/10.5533/2177-8264-201224107>.
17. MOROSKOSKI, Márcia *et al.* PERFIL DE GESTANTES ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS EM CURITIBA – PR. **Revista de Saúde Pública**, Curitiba, v. 1, n. 1, p.47-58, jul. 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/39/12>. Acesso em: 13 mar. 2020.
18. NASCIMENTO, Mauricio Mendonça do; CURY-MARTINS, Jade. Infecções Sexualmente Transmissíveis. In: SALOMÃO, Reinaldo. **Infectologia: bases clínicas e tratamento. Bases Clínicas e Tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 60, p. 505 - 506.
19. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saúde Coletiva**. 2016; 24 (2): 252-61.
20. PADOVANI, Camila; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; PELLOSO, Sandra Marisa. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3019, 2018 .
21. PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas - Update 2015. Washington, DC; 2015.
22. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2017; 41: e44.
23. SILVA, Jéssica Gama da *et al.* SÍFILIS GESTACIONAL: REPERCUSSÕES PARA A PUÉRPERA. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 24, dec. 2019. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65578>>. Acesso em: 17 may 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65578>.
24. SOARES, Larissa Gramazio *et al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 17, n. 4, p. 781-789, Dec. 2017.
25. SOUZA, Brígida Cabral; SANTANA, Licia Santos. AS CONSEQUÊNCIAS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BINÔMIO MATERNO-FETAL: UM ESTUDO DE REVISÃO. **Interfaces Científicas: SAÚDE E AMBIENTE**, Aracajú, v. 1, n. 3, p. 59-67, jun. 2013.

26. VÍCTOR, Janaína Fonseca *et al.* Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.i.], v. 12, n. 1, p. 113-119, dez. 2010.
27. VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p. 85-100, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00126013>.