

Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis na gestação**Difficulties in approaching and managing syphilis during pregnancy**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-366

Recebimento dos originais: 20/07/2020

Aceitação para publicação: 28/08/2020

Laerte de Paiva Viana Filho

Ensino superior incompleto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)
Endereço: Rua Cirilo Moreira do Nascimento, 9, apto 201, bairro Angola – Betim, MG, 32604-168
E-mail: laerteviana07@gmail.com

Abner Fernandes da Silva

Médico pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MG)
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MG)
Endereço: Rua do Rosário, 1081, Angola - Betim, Minas Gerais, CEP: 32604-215
E-mail: abner.silva.93@gmail.com

Ana Clara Ribeiro Guimarães Rosa

Ensino superior incompleto pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP-MG)
Endereço: Rua Apucarana, 170, apto 403, bairro Ouro Preto – Belo Horizonte, MG, 31310-520
E-mail: anaclara.g.rosa@gmail.com

Ana Laura Ferreira Batista

Ensino superior incompleto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)
Endereço: Rua Ipuera, 864, apto 102, bairro Novo Eldorado - Contagem, MG, 32341-240
E-mail: analaurafbatista@gmail.com

Bárbara Carvalho Chaves

Ensino superior incompleto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)
Endereço: Rua Jerônimo Monteiro, 28, bairro Boa Vista - Belo Horizonte, MG, 31060-210
E-mail: barbaracchaves@gmail.com

Gabriela Oliveira Chaves

Ensino superior incompleto pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)
Endereço: Rua Bernardo Guimarães, 2587, apto 503, Bairro Lourdes - Belo Horizonte, MG, 30140-082
E-mail: gochavess@gmail.com

Jéssica Peixoto Temponi Ferreira

Ensino superior incompleto pela Faculdade de Minas (Faminas-bh)
Endereço: Rua Cassia, 217, apto 201, bairro Prado - Belo Horizonte, MG, 30411-140
E-mail: jessicatemponi@outlook.com

Lívia Figueiredo Pereira

Ensino superior completo pela Faculdade de Direito do Vale do Rio Doce (FADIVALE) e Ensino Superior incompleto na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)
Endereço: Rua Leopoldina, 72, apto 301, bairro Santo Antônio - Belo Horizonte, MG, 30330-230
E-mail: livia.lfp@gmail.com

Luiza Gabriele Dutra Duarte

Ensino superior incompleto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)
Endereço: Rua Doutor Euzébio Dias Bicalho, 144, bairro Chácara - Betim, MG, 32670286
E-mail: luizagabrieledd@gmail.com

Rafaela Leon Celivi

Ensino superior incompleto pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA)
Endereço: Rua Raimundo Corrêa, 90, apto 504, bairro Jardim Amália 2 - Volta Redonda, RJ, 27250-815
E-mail: rafacelivi@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Retratar os desafios referentes à abordagem e ao tratamento da sífilis durante a gestação, buscando estratégias de combate à doença. Referencial Bibliográfico: A sífilis apresenta em média 937 mil novos casos anualmente e esse aumento apresenta causas multifatoriais. Entre elas estão a dificuldade do pré-natal, a falta de continuidade e adesão ao tratamento da sífilis e da mulher, o período de latência da doença. Esses fatores contribuem para a dificuldade do manejo da sífilis, bem como o tratamento inadequado ou ineficaz do parceiro que podem causar a infecção e reinfecção do casal. Fatores socioeconômicos e a capacitação contínua dos profissionais de saúde também são de extrema importância para um diagnóstico e tratamento de qualidade. Considerações finais: Constatase que esse aumento no número de casos de sífilis gestacional no Brasil indica um problema de saúde pública e uma falha na assistência ao pré-natal, sendo necessária a ampliação do acesso da gestante ao serviço de pré-natal e melhorias na qualidade do atendimento, desde a prevenção e acolhimento até o tratamento.

Palavras-Chaves: Sífilis Congênita, Sífilis Latente, Sorodiagnóstico da Sífilis, Gravidez.

ABSTRACT

Objective: Portray the challenges regarding the approach and treatment of syphilis during pregnancy, seeking strategies to combat the disease. Bibliographic Reference: Syphilis presents an average of 937 thousand new cases annually and this increase has multifactorial causes. Among them are the difficulty of prenatal care, the lack of continuity and adherence to the treatment of syphilis and women, the latency period of the disease. These factors contribute to the difficulty in managing syphilis, as well as the inadequate or ineffective treatment of the partner that can cause the couple's infection and reinfection. Socioeconomic factors and the continuous training of health professionals are also extremely important for quality diagnosis and treatment. Final considerations: It appears that this increase in the number of cases of gestational syphilis in Brazil indicates a public health problem and a failure in prenatal care, requiring the expansion of the pregnant woman's access to the prenatal service and improvements quality of care, from prevention and care to treatment.

Keywords: Syphilis, Congenital, Syphilis, Latent, Syphilis Serodiagnosis, Pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são um grave problema de Saúde Pública, devido a sua magnitude e as série de complicações que podem ocorrer se não tratadas adequadamente (PINTO VM, et al., 2018).

Dentre as ISTs, a sífilis é de extrema importância, sendo uma infecção de caráter sistêmico, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, sua evolução é crônica e frequentemente assintomática. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical. Segundo Lafeté KRG et al. (2016) a sífilis apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a congênita de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986, e a durante a gestação, desde 2005. A forma adquirida possui duas fases, a precoce e a tardia que vão depender do tempo da infecção. A sífilis pode ocasionar várias complicações maternas se não tratadas da forma correta, como distúrbios dermatológicos, neurológicos, ósseos e cardiovasculares (MACEDO VC, et al., 2017).

A sífilis congênita (SC) é resultado da disseminação hematogênica do *T. Pallidum*, por via transplacentária da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto. É classificada em precoce se os sintomas manifestaram até dois anos de vida e tardia se manifestarem após o segundo ano. A doença pode causar severas consequências para o feto, como abortamento, morte fetal e sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas (SÃO PAULO, 2008; ANDRADE, et al., 2018).

A sífilis precoce abrange os estágios primário, secundário e latente recente. O primário manifesta-se em torno de 3 semanas do contato com o surgimento do cancro duro- lesão ulcerada de bordas endurecidas e fundo liso e limpo, indolor e única no local da inoculação. Essa lesão pode ser acompanhada de linfadenomegalia regional. O não tratamento da sífilis primária pode evoluir para sífilis secundária após seis semanas a seis meses da infecção primária. Mais de 70% dos pacientes com sífilis secundária têm como principal queixa a presença de lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose). Esse quadro pode ser acompanhado de sintomas gerais, como: mal estar, cefaleia, febre, prurido e hiporexia. Além disso, nessa fase o paciente é muito contagioso (AVELLEIRA JC e BOTTINO G, 2006; DAMASCENO A, et al., 2014; MIRANDA , 2018).

O curso da sífilis não tratada consiste em fases sintomáticas entremeadas por períodos assintomáticos (latência). Esse período é dividido em latente recente (menos de dois anos de infecção) e latente tardia (mais de dois anos de infecção). A maioria dos diagnósticos de sífilis ocorre na fase latente (DAMASCENO, 2014).

A sífilis tardia retrata os estágios latente tardio e terciário. A fase terciária, por sua vez, é responsável pelo desenvolvimento de lesões localizadas envolvendo pele, mucosas, sistema cardiovascular, nervoso, ossos, músculos e fígado. Nas lesões verifica-se ausência quase total de treponemas e a formação de granulomas (MIRANDA C, et al., 2018).

Considera-se que a existência da sífilis gestacional aponta para falhas na assistência à saúde, isso porque num momento anterior à gestação ou com o planejamento desta, deve-se primar pela prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, e pelo diagnóstico e tratamento precoces (BRASIL, 2018).

Durante a gestação, a aplicação das estratégias de controle para a sífilis durante o pré-natal tem por objetivo principal evitar a transmissão para o concepto. Nesse sentido, preconiza-se a realização de testes diagnósticos não-treponêmico, os quais investigam anticorpos não específicos contra o *T.pallidum* e baseiam-se reação de floculação, e de testes treponêmicos, que atuam na detecção de anticorpos específicos, por meio do uso de antígenos do *T. pallidum* (MACEDO VC, et al., 2017).

Nesse sentido, devem ser solicitados os testes não-treponêmicos como o VDRL (Venereal Disease Research), tanto no primeiro trimestre de gestação, de preferência na primeira consulta do pré-natal, quanto no terceiro trimestre. Caso o VDRL dê reagente, positivo para sífilis, deve ser solicitada a prova treponêmica, ou seja, deve-se realizar algum teste em caráter confirmatório, FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent) ou MHATP (Micro-hemaglutinação para *Treponema pallidum*). Caso esses testes confirmem o resultado, deverá ser instituído o tratamento da gestante e seu parceiro. No entanto, caso o teste confirmatório seja não reagente, considera-se a possibilidade de resultado falso positivo ou uma infecção muito recente (BRASIL, 2019).

A sífilis materna não tratada de forma correta pode ocasionar inúmeras complicações para o feto e para a gestante. Ela pode apresentar sintomas típicos da sífilis, similares a de mulheres não gestantes, que se não realizado o tratamento de forma correta, o *T. pallidum* pode atravessar a barreira placentária ou infectar o neonato durante o parto, via transvaginal (SÃO PAULO, 2008). Com isso, aproximadamente 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratada evoluem para perda fetal (MIRANDA C, et al., 2018).

Dentro das consequências do não tratamento da sífilis materna destacam-se abortos espontâneos, óbitos neonatais e a natimortalidade (ARAÚJO E, et al., 2006). Ademais, o neonato, se for infectado, pode apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e desenvolver sífilis congênita, que pode ser classificada como sífilis congênita precoce e sífilis congênita tardia. Essa pode ser assintomática ou apresentar sintomas característicos como lesões dermatológicas, visceromegalias, inflamação óssea e atraso no desenvolvimento. Já a sífilis congênita tardia apresenta sintomas como

distúrbios ósseos, nariz em sela, dentes de Hutchinson e paresia juvenil (SARACENI V e MIRANDA A, 2012). Por fim, destacam-se efeitos psicológicos e sociais acarretado pela persistência da doença (RODRIGUES CS e GUIMARÃES MD, 2004).

O único medicamento indicado para o tratamento da sífilis em gestantes é a penicilina que apresenta 98% de eficácia na prevenção da sífilis congênita. Esse fármaco é capaz de agir em todos os estágios da doença e não há evidências de resistência do *T. pallidum* à penicilina (CAVALCANTE PA, et al., 2017). As gestantes devem receber o tratamento adequado com essa droga de acordo com a fase da doença e se alguma dose da medicação não for efetuada para a sífilis latente, deve-se reiniciar o esquema completo de tratamento. As gestantes que possuem alergia à penicilina necessitam ser dessensibilizadas para que possam ser tratadas com essa droga (COOPER JM, et al., 2016).

Apesar de se caracterizar como uma doença conhecida acerca da transmissão e de suas consequências clínicas tanto para a gestante quanto para o bebê, a sífilis na gestação (SG) ainda possui altas taxas no Brasil atual. Esse quadro se deve principalmente à falta de continuidade do tratamento da gestante, falta da medicação adequada (penicilina G benzatina) em algumas localidades do Brasil, dificuldade da adesão do parceiro ao tratamento, resultando em reinfecção da paciente, e orientação inadequada pelos profissionais de saúde (NUNES JT, et al., 2017). De acordo com estudo realizado por Lafeté KRG et al. (2016), a baixa qualidade de assistência pré-natal, a falta de conhecimento dos protocolos nacionais de controle da sífilis e a dificuldade na abordagem das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) junto aos pacientes evidenciam a necessidade de educação continuada em saúde desses profissionais.

Adicionalmente, segundo os resultados do estudo exploratório realizado por Mesquita AL et al. (2019), a abordagem inadequada das necessidades, subjetividades e vulnerabilidades sociais de cada gestante no momento do pré-natal dificulta tanto a compreensão da importância do tratamento da SG pela gestante quanto sua adesão a ele. Por fim, conforme Campos ALA et al. (2012), a falta de tratamento dos parceiros sexuais também é um dos principais entraves no combate à sífilis na gestação (SG). Combinados, esses fatores resultam em altas taxas de reinfecção pela sífilis nas pacientes.

Estratégias para o controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em níveis mundiais foram adotadas durante a Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2016. Foram propostas metas para a redução da incidência de sífilis e gonorreia e seu impacto na saúde pública em até 2030, por meio do aumento de intervenções governamentais e programas de controle das IST (BRASIL, 2019).

O Boletim Epidemiológico da sífilis realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e pelo Ministério da Saúde em 2019 revela que a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,8 vezes

entre os anos de 2010 e 2018, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos. Ademais, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 6,1 vezes, de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos. Entre o ano de 2017 e 2018, foi observado um aumento na de 25,7% na taxa de detecção em gestantes e de 5,7% na incidência de sífilis congênita. De acordo com a OMS, a cada ano são estimados 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo, sendo que o Brasil apresenta em média 937 mil desses novos casos, a situação do país é considerada preocupante e medidas devem ser tomadas para o controle da IST (BRASIL, 2019).

Embora seja uma doença conhecida desde suas manifestações clínicas, formas de contágio, até sua prevenção e tratamento, sendo esses amplamente ofertados para a população brasileira pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se observa um aumento expressivo da incidência da sífilis na gestação no país na última década. Esse quadro se agrava ainda mais ao considerar as suas consequências na gestação para a díade mãe-feto, podendo resultar em aborto espontâneo ou óbito neonatal, que poderiam ser evitados com o manejo e tratamento adequado. Visando modificar essa realidade, se faz necessário identificar quais os fatores que interferem na eficácia desse manejo dentro da realidade brasileira, para que possam ser solucionados.

O objetivo deste artigo é identificar os desafios inerentes à prevenção e tratamento da sífilis durante a gestação, buscando estratégias de combate à doença, visando a proporcionar um cuidado efetivo à paciente portadora. As informações dispostas neste documento foram obtidas através de uma busca na literatura conduzida nas bases de dados LILACS, MEDLINE e em Manuais do Ministério da Saúde.

2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Na última década, ocorreu um aumento significativo no número de casos de sífilis no país (MELO E, 2019). Foi apontado que a taxa de incidência da infecção aumentou 3,8 vezes entre os anos de 2010 e 2018, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos. Além disso, verificou-se também crescimento significativo na taxa de detecção de sífilis em gestantes nesse período, que passou de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos, tendo aumentado em 6,1 vezes (BRASIL, 2019). Esse aumento progressivo da sífilis no país apresenta causas multifatoriais, como o desabastecimento mundial de penicilina, a baixa qualidade do pré-natal e o tabu relacionado ao tratamento de IST (CAVALCANTE JMS, et al., 2018).

São estimados 12 milhões de novos casos de sífilis em todo o mundo anualmente e a infecção é considerada um grave problema de saúde pública que deve ser controlado (MELO E, 2019). Em maio de 2016, durante a Assembleia Mundial de Saúde, foram adotadas estratégias para o controle

de Infecções Sexualmente Transmissíveis tendo como principal alvo a redução da taxa de incidência de sífilis e gonorreia em níveis mundiais em até 2030. De acordo com a OMS, a situação do Brasil não é favorável e sim preocupante, entretanto, não se diferencia de outros países. O número de casos deve ser combatido por meio de intervenções governamentais de abrangência nacional para o controle da infecção no Brasil, que apresenta em média 937 mil novos casos de sífilis todo ano de acordo com a OMS (BRASIL, 2019).

2.1 INTERVALO DO PERÍODO DE LATÊNCIA

A sífilis quando não tratada alterna períodos sintomáticos e não assintomáticos com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas. Ela é dividida em sífilis primária, secundária e terciária intercalando períodos de latência (AVELLEIRA JC e BOTTINO G, 2006).

Após a infecção, há um período de incubação com duração de 10 a 90 dias. A manifestação característica é o cancro duro ou protossifiloma, geralmente único, indolor, de base endurecida, contendo secreção serosa e vários treponemas. Os anticorpos surgem na corrente sanguínea 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, por esse motivo os testes sorológicos não são reagentes nessa fase. Essa lesão se cura espontaneamente em um período de aproximadamente 2 semanas (BRASIL, 2018).

Após o período de latência, que pode durar de 6 a 8 semanas, a doença voltará novamente em atividade e pode acometer pele e órgãos internos, sendo chamada de sífilis secundária. Na pele, as lesões (sifilides) podem se apresentar sob a forma de máculas eritematosas (roséola sifilítica) com sucinta duração. Nas regiões plantares e palmares o acometimento é bem característico, muitas vezes com descamação intensa e aspecto psoriforme. Além disso, esse quadro pode ser seguido de sintomas gerais e as lesões desaparecem após 2 a 6 semanas (COSTA CV, et al., 2017).

Após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a doença entra em um período chamado de latente que é subdividido em recente quando há menos de dois anos de infecção e tardio quando há mais de dois anos. Essa fase é assintomática, no entanto os anticorpos detectados pela sorologia persistem, desse modo com frequência os pacientes são diagnosticados nesta fase por meio da sorologia para sífilis. A sífilis pode ficar latente permanentemente, mas recaídas podem ocorrer durante esse período. Segundo protocolo de 2018 do Ministério da Saúde, aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante 1-2 anos da infecção (MORRIS S, 2018; BRASIL, 2018).

A sífilis terciária ocorre aproximadamente em 15 a 25% das infecções não tratadas, após um tempo impermanente de latência, podendo surgir entre um a 40 anos depois do início da infecção,

segundo o protocolo de 2018 do Ministério da Saúde. Os pacientes nessa fase podem desenvolver lesões que acometem o sistema nervoso e cardiovascular. Ademais, a característica das lesões terciárias é a formação de gomas sífilíticas na pele, mucosa, ossos ou qualquer outro tecido (BRASIL, 2018).

2.2 TRATAMENTO

O tratamento da sífilis na gestação consiste na administração de doses de penicilina benzatina por via intramuscular. Cada dose é composta de 2.400.000 UI desse fármaco e o intervalo é de sete dias entre as aplicações, sendo que para a sífilis primária com cancro duro aplica-se uma única dose. O tratamento da sífilis secundária ou latente precoce consiste na administração de duas doses com o total de 4,8 milhões UI de penicilina. Para a sífilis terciária ou latente tardia devem-se realizar três aplicações com 7,2 milhões UI totais. O tratamento das gestantes e dos parceiros deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico e o controle de cura deve ser feito mensalmente pelo exame VDRL. O tratamento da gestante é considerado adequado quando for completo de acordo com a fase da enfermidade, feito com penicilina, finalizado em até 30 dias antes do parto e com o tratamento concomitante do parceiro (SÃO PAULO, 2008).

2.3 DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO

A sífilis é uma afecção passível de controle no âmbito da atenção básica, sendo a assistência pré-natal um dos pilares do cuidado à saúde materno-infantil. Assim, com o objetivo de reforçar o combate à sífilis na gestação, o Ministério da Saúde incluiu a taxa de sífilis congênita como um indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município, uma vez que esta reflete diretamente a qualidade da assistência perinatal, em particular a atenção pré-natal disponível a cada população (LORENZI D e MADI J, 2001).

O impacto de uma oferta adequada de serviços de saúde é mais significativo quando se considera que é a intervenção de mais curto prazo em saúde pública (duração de aproximadamente nove meses). Para tanto, precisa ser acessível e ter qualidade, uma vez que altera os desfechos das gestações, reduz os gastos com a assistência ao recém-nascido e a sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes. Em países em desenvolvimento, pode diminuir a mortalidade materna em até 26% (MAGALHÃES DMS, et al., 2013).

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores, apontando para uma má qualidade da assistência pré natal disponível para a população

brasileira. O início tardio do pré-natal, a má qualificação dos profissionais de saúde quanto ao manejo da sífilis na gestação, falhas na identificação e tratamento inadequado tanto da gestante quanto do parceiro explicam o crescimento dessas taxas (COSTA LD, et al., 2018). Visando ter uma redução da prevalência da sífilis na gestação e reverter esse quadro, a identificação da gestante, o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal, a aderência ao acompanhamento com a realização de um número adequado de consultas e a identificação e o tratamento de agravos associados se fazem necessários (CLEMENTE T, et al., 2012).

De acordo com Cesar JA et al. (2020), em seu estudo, foram detectadas entre gestantes com diagnóstico de sífilis os principais motivos para início tardio do pré-natal ou a não realização deste. Segundo os resultados, destacaram-se como entraves na procura da gestante ao pré-natal fatores como distância da residência ao serviço de saúde, falta de recursos para pagamento de transporte e perdas de horas de trabalho, bem como fatores culturais.

Atuando como porta de entrada para a assistência em saúde a essas pacientes, a ESF é amplamente distribuída pelo Brasil, sendo componente fundamental da atenção primária à saúde ofertada pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Com o aumento da cobertura da ESF pelo país nos últimos anos, segundo Saraceni V e Miranda A (2012), seria esperado uma maior identificação precoce no pré-natal de sífilis na gestação, com a razão de casos observados sobre casos estimados de sífilis na gestação próxima de 1,0. No entanto, de acordo com o estudo, foi verificada uma subnotificação nessas taxas, com essa razão chegando a no máximo 0,40. Com isso, evidencia-se que muitas gestantes com sífilis ainda não são identificadas precocemente e nem tratadas, seja pelo início tardio do pré-natal ou não realização deste. Tal fato influencia as taxas de sífilis congênita no Brasil e de mortalidade perinatal (SARACENI V e MIRANDA A, 2012).

Por outro lado, quando a gestante consegue ter o acesso ao pré-natal, as falhas na realização deste comprometem tanto a identificação dos casos quanto o tratamento precoce. De acordo com Favero et al. (2019), foi observado que 94,17% das crianças com sífilis congênita seguidas no estudo nasceram de mães que tiveram acompanhamento pré-natal. Dessa porcentagem, 77,67% dessas crianças nasceram de mães cujo diagnóstico de sífilis foi dado durante a gestação e apenas 10,68% souberam do diagnóstico de sífilis após o momento do parto. Além disso, segundo Mascarenhas LE et al. (2016), 84% dos casos de sífilis congênita nasceram de mães que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal e 57% deles nasceram de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação. Entretanto, apenas 14% dos casos nasceram de mães tratadas para a sífilis de forma adequada durante a gestação e somente 11% dos parceiros haviam recebido tratamento para sífilis. (CLEMENTE T, et al., 2012; MASCARENHAS LE, et al., 2016). Esses resultados demonstram

fragilidade dos serviços de saúde quanto ao rastreamento e diagnóstico da patologia, que podem ocorrer tanto pela não solicitação dos testes de rastreamento pelos profissionais de saúde, início tardio do pré-natal pela gestante, quanto pelo tratamento inadequado dessa ou reinfecção pelo parceiro (FAVEIRO et al., 2019).

Entre essas fragilidades, a falta de conhecimento sobre a patologia e sobre os protocolos nacionais atualizados sobre diagnóstico e tratamento da doença se caracteriza como entrave para os profissionais de saúde ao lidarem com esse quadro. A dificuldade de diagnóstico clínico no momento do pré-natal, principalmente quando no estágio latente, em que não manifesta sinais ou sintomas, caracteriza-se como um desafio, requerendo a realização de testes diagnósticos. Atualmente, segundo o protocolo de 2015 do Ministério da Saúde, deve-se realizar a investigação por meio de um teste treponêmico (teste rápido) e de um teste não-treponêmico, devendo o tratamento ser iniciado com apenas um teste reagente, não devendo aguardar o resultado do segundo. Esse rastreamento, mesmo em pacientes assintomáticas, deve ser realizado na 1ª consulta de pré-natal, no início do 3º trimestre, em momentos de parto ou de aborto ou mediante história de violência sexual. Ademais, além desses conhecimentos, o profissional de saúde deve saber identificar adequadamente as fases da infecção que a gestante manifesta, uma vez que embora o tratamento seja realizado em todas elas com o mesmo fármaco (penicilina G benzatina por via IM), as doses devem ser adequadas de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2019).

Porém, segundo Costa LD et al. (2018), apesar da existência desses protocolos nacionais que direcionam desde a identificação da sífilis gestacional até o tratamento, observou-se que parte dos trabalhadores entrevistados em seu estudo não possuíam conhecimento adequado sobre as etapas da sífilis, não sabendo diferenciá-las. Além disso, ao comparar os 67,4% dos profissionais que afirmaram ter realizado treinamento em sífilis com os profissionais que não participaram, verificou-se que o último grupo apresentou dificuldades no manejo dessa enfermidade. No estudo também foi identificado condutas por parte dos profissionais entrevistados que contradizem o recomendado pelos protocolos nacionais (COSTA LD, et al., 2018).

Nesse sentido, a atualização profissional é um fator crucial na assistência à gestante com sífilis, sendo necessário que o município ofereça atualizações frequentes sobre o assunto para mantê-los capacitados. Um outro estudo realizado por Silva et al. (2014) também demonstrou que os profissionais de saúde da ESF (Estratégia de Saúde da Família) não apresentaram conhecimento satisfatório sobre as recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção e controle da sífilis congênita, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente. Ademais, Silva et al. (2012) constataram que usuários estabeleceram

mais vínculo e confiança com os profissionais especialistas devido a alguns fatores como a clareza na comunicação, a segurança no seguimento dos casos e a escuta atenciosa (MESQUITA AL, et al., 2019).

Quanto ao tratamento, é preconizado pela diretriz de 2015 do Ministério da Saúde sobre o manejo da sífilis na gestação o uso da penicilina benzatina como única opção segura e eficaz, não sendo indicado seu uso apenas em situação de alergia da gestante à penicilina. Isso se deve ao fato desse fármaco ser capaz de atravessar a barreira placentária e comprovadamente não causa toxicidade ao feto, ao contrário de outros antibióticos, como tetraciclina orais e macrolídeos. Esse manual também não recomenda o uso da ceftriaxona no tratamento da sífilis na gravidez, por não terem estudos controlados que determinem sua eficácia nesse grupo, apesar desse medicamento ser indicado em casos de desabastecimento da penicilina benzatina pela OMS (Organização Mundial de Saúde). Nos casos de alergia, é recomendado a dessensibilização dessas pacientes ou tratamento com o fármaco eritromicina, 500mg, via oral, ou com os fármacos tetraciclina 500mg, ou doxiciclina 100 mg, ambos por via oral, por período adequado à fase clínica da doença na gestante (CONITEC, 2015).

No Brasil, desde o ano de 2014, a falta da penicilina benzatina no mercado nacional têm comprometido o tratamento adequado dessas gestantes e contribuído para o aumento expressivo dos casos de sífilis congênita no país. Embora seja um fármaco de baixo custo no mercado, a alta demanda a nível internacional e a baixa produção por parte das empresas farmacêuticas por não ser economicamente lucrativo em virtude dos custos da produção, têm levado à queda de seu estoque em 39 países (FINDLAY SN, et al., 2017).

Outro ponto abordado por Mesquita AL et al. (2019) é a frequente rotatividade de profissionais de saúde que ocasiona perda de vínculo com o paciente, comprometendo, assim, a qualidade e longitudinalidade do cuidado. A rotatividade não é uma causa, mas sim consequência de fatores relacionados à organização da gestão, como a carga horária elevada, a baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho gerada pelo excesso de usuários vinculados a uma equipe de saúde e a infraestrutura. No caso da sífilis congênita isso é ainda mais prejudicial, pois tanto acarreta prejuízos na condução do caso no pré-natal como posteriormente do acompanhamento da criança.

Por fim, a ausência de aconselhamento adequado por parte dos profissionais, bem como a não consideração do nível de compreensão da paciente sobre o que está sendo informado no momento da consulta, resultam em desconhecimento da necessidade de realização de exames de rastreio para a sífilis no pré-natal, perdendo-se oportunidades de diagnóstico precoce. Ademais, o desconhecimento das possíveis consequências da sífilis no momento da gestação tanto pela população quanto pelos profissionais que a atendem também atuam como dificultadores nesse processo (DOMINGUES RM,

et al., 2013). Desse modo, se faz necessário por parte desses profissionais a compreensão das vulnerabilidades das gestantes com sífilis e seus aspectos culturais, subjetivos e cognitivos, uma vez que influenciam na sua percepção da doença e do seu tratamento e formas de prevenção, sendo que cada caso deve ser analisado de acordo com as suas particularidades (MESQUITA AL, et al., 2019).

Consideradas as condições epidemiológicas da doença, a despeito da existência de tratamento adequado e da possibilidade de evitar possíveis desfechos negativos, aponta-se para desafios no manejo adequado da sífilis enquanto doença. Considera-se dentre eles, a existência de fatores de risco à sífilis gestacional, bem como obstáculos à adesão ao tratamento, os quais perpassam pelas dificuldades de diagnóstico, qualidade de assistência à saúde no pré-natal, fatores de vulnerabilidade social, inclusão do parceiro no tratamento e pela correspondente adesão (MAGALHÃES DMS, et al., 2013; MACEDO VC, et al., 2017; MESQUITA AL, et al., 2019).

Segundo Ayres JR et al. (2003), a mencionada vulnerabilidade é um conceito que surgiu a partir da década de 1990, com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), podendo ser definido como o conjunto de fatores, tanto coletivos quanto individuais, que influenciam a maneira e o grau de exposição de uma pessoa à uma dada situação, bem como ao acesso dessa pessoa aos meios para se proteger ou minimizar as consequências prejudiciais geradas por ela (GARCIA S e SOUZA FM, 2010). Desse modo, tanto as iniquidades provocadas pelas relações desiguais entre os gêneros, quanto as condições sociais, econômicas e familiares, caracterizam-se como fatores que se associam ao maior ou menor risco dessa mulher adquirir a sífilis no momento da gestação, interferindo nas suas condições de tratá-la adequadamente ou não.

Além disso, consta na literatura como outros fatores que colocariam a mulher em vulnerabilidade social, como a condição sócio-econômica, o nível de escolaridade, falta de conhecimento acerca da doença, as situações de risco da gestação, condições clínicas e obstétricas e condição de moradia (MACEDO VC, et al., 2017; MESQUITA AL, et al., 2019; MASCARENHAS LE, et al., 2016).

Conforme exposto por Magalhães DMS et al. (2013) a ocorrência da sífilis, embora não seja restrita a nenhuma camada social em específico, pode ser relacionada a condições de pobreza e baixa renda, o que conseqüentemente pode influenciar no grau de escolaridade, condições de moradia e mesmo sujeição a outras vulnerabilidades sociais.

Aspectos como nível de escolaridade materna e o grau de entendimento e conhecimento da gestante sobre a sífilis têm sido abordados conjuntamente. Considera-se que o grau de escolaridade é inversamente proporcional à incidência de sífilis, de modo que quanto menor o grau de escolaridade

maior a taxa de infecção por essa doença tanto gestacional quanto congênita (MESQUITA AL, et al., 2019). Com relação às dificuldades relacionadas ao entendimento da doença, considera-se importante que a gestante compreenda o que é a sífilis, os riscos para gestação e o conceito, formas de prevenção, como a importância do uso de preservativo nas relações sexuais e o seguimento adequado do tratamento para reduzir a resistência à conduta sugerida pelos profissionais de saúde (MASCARENHAS LE, et al., 2016; MESQUITA AL, et al., 2019).

A despeito do grau de escolaridade, ainda que conste na literatura a demonstração da correlação entre baixo nível de escolaridade e analfabetismo como desafios ao tratamento da sífilis, cabe a reflexão sobre quais fatores estariam relacionados às mulheres que não estão nestas condições de vulnerabilidade sociodemográfica e que perfazem quase a metade das gestantes com sífilis (MACEDO VC, et al., 2017; MESQUITA AL, et al., 2019).

Somado a isso, considera-se ainda como situação de vulnerabilidade as condições de risco da própria gestação e da gestante, como idade materna, gravidez indesejada, falta de parceiro, ausência de rede de apoio, uso de drogas, número de gestações anteriores, outras IST's e a existência de parceiros múltiplos (MACEDO VC, et al., 2017; MESQUITA AL, et al., 2019).

Além disso, segundo Taquette SR e Meirelles ZV (2012), a condição de ser mulher e as desigualdades ainda prevalentes de gênero também atuam como fatores de vulnerabilidade que aumentam o risco de infecção pela sífilis e de reinfecção. Segundo o estudo, o desequilíbrio nas relações afetivo-sexuais e a reprodução de modelos tradicionais de papéis de gênero nessas relações são um dos principais fatores que interferem no risco dessas jovens de adquirir IST's. Isso se deve ao fato dessa assimetria aumentar a probabilidade de relação sexual desprotegida com o parceiro, principalmente em relações estáveis, estando essas mulheres em posição de desvantagem na negociação do uso de preservativo na relação. Com isso, aumenta-se a probabilidade dessas jovens de adquirir a sífilis e outras IST's, bem como de reinfecção dessas pelo parceiro (TAQUETTE SR e MEIRELLES ZV, 2012).

Já no que diz respeito à mulher que reside na rua, diversos fatores são relacionados, desde a dificuldade de estabelecer uma pessoa de referência com endereço fixo para vincular à rede de saúde, falta de rede de apoio, condições sanitárias, até as condições que levaram-na a morar na rua, o que pode aventar a investigação sobre drogadição, doenças psiquiátricas, múltiplos parceiros e realização de relações sexuais sem preservativo (MESQUITA AL, et al., 2019).

Desse modo, a drogadição, a existência de múltiplos parceiros, bem como a ausência de uso de preservativo nas relações, em qualquer contexto têm sido considerados desafiadores (MACEDO VC, et al., 2017) (MESQUITA AL et al., 2019)

Considera-se que alguns fatores de risco sociodemográficos, como a falta de conhecimento sobre a saúde, poderiam ser minimizados com as condições ideais de assistência e com um pré-natal de qualidade (MACEDO VC, et al., 2017). Ocorre que, a própria assistência e a qualidade dos serviços é apontada como um dos desafios encontrados no tratamento da sífilis gestacional (MESQUITA AL, et al., 2019).

2.4 A ABORDAGEM DO PARCEIRO

Segundo Magalhães DMS et al. (2013), o tratamento correto do parceiro da gestante nos casos de diagnóstico de sífilis é um ponto importante para uma efetiva cura e o conseqüente fim da enfermidade. Contudo, apenas 12% dos parceiros sexuais no Brasil recebem tratamento adequado e contínuo para sífilis. A realização do rastreamento e do tratamento do parceiro evita a reinfecção da gestante e a transmissão para o feto, sendo isso uma estratégia necessária para o controle do contágio dessa doença na população (COOPER JM, et al., 2016).

No estudo realizado por Padovani C et al. (2018), os principais motivos da não adesão do parceiro das gestantes para o tratamento da sífilis são a ausência do parceiro quando convocado pelo serviço de saúde, a falha de comunicação entre o casal e resultados falsos positivos. Outros motivos, apresentados por Figueiró-Filho E et al. (2007), são o estado civil da gestante, baixa escolaridade e a abordagem pela equipe de saúde acerca de questões relacionadas à sexualidade. Ademais, o tratamento de parceiros sexuais portadores de IST's apresenta problemas que podem ser relacionados à concepção histórica de tratamento do homem, em que a figura masculina não era incentivada a ter um acompanhamento longitudinal de sua saúde, fazendo com que eles não procurem o atendimento. Além disso, há homens que consideram a mulher como a responsável pelo cuidado (CAMPOS ALA, et al., 2012).

O receio da gestante de sofrer violência pelos parceiros ao informar sobre o diagnóstico positivo de alguma IST também contribui para a dificuldade de adesão do parceiro ao tratamento. O desconhecimento do homem sobre o diagnóstico traz falhas ao tratamento e pode levar a graves conseqüências como já citado anteriormente. Somado a isso, há questões comportamentais do parceiro, como o uso abusivo de drogas e álcool, o que contribui para a maior inadequação do tratamento (CAMPOS ALA, et al., 2012).

Visando a uma maior adesão e continuidade no tratamento de sífilis pelos parceiros e gestantes, a atenção primária de saúde deve realizar aconselhamentos de acordo com o contexto da vida de cada casal de forma individual e específica (CAMPOS ALA, et al., 2012). Esse aconselhamento objetiva a prevenção da infecção e da reinfecção, por meio de ações de educação em saúde. Por fim, é

necessário que a unidade de saúde utilize meios para facilitar o comparecimento ao tratamento, como mais horários flexíveis para atendimentos e transferência de atendimento para locais próximos da residência ou trabalho do parceiro (NONATO SM, et al., 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que embora a sífilis seja uma doença conhecida, cujos diagnósticos, medidas preventivas e profiláticas são bem estabelecidos e protocolados, observa-se um aumento do número de casos de sífilis gestacional (SG) e conseqüentemente um aumento da sífilis congênita. Esse desfecho demonstra falhas na assistência à saúde da mulher e ao pré-natal, apontando como desafios a precariedade de determinados serviços de saúde, as condições particulares de cada mulher, como rede de apoio, condições socioeconômicas e de vulnerabilidade e também dificuldades na adesão ao tratamento por desconhecimento, medo, período de latência da doença e pela não inclusão ou não tratamento do parceiro. Visando solucionar essas questões, faz-se necessário investir em medidas de educação em saúde, ampliação do acesso à rede SUS, identificação e tratamento da gestante com sífilis e de seu parceiro, por meio do pré-natal e da busca ativa. Além disso, também é fundamental a capacitação continuada dos profissionais de saúde com base nos protocolos de manejo nacionais e o aumento nos estoques do fármaco penicilina benzatina, utilizado no tratamento da SG. Ainda que se considere que alguns desses desafios possam ser mitigados pelo acesso à assistência à saúde de qualidade, não se pode deixar de considerar que os desafios para atingir tal ideal, esbarram em questões de gestão do sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, A.L.M.B.; MAGALHAES, P.V.V.S.; MORAES, M.M.; TRESOLDI, A.T.; PEREIRA, R.M. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n 3, 2018.
2. ARAUJO, E.C. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, v. 20, n. 1. p. 47-51, 2006.
3. AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 81, n 2, 2006.
4. AYRES, J.R.C.M.; FRANCA, J.I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI, F.H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
5. BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, n.1, 2019.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2018.

7. 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 Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
8. CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; ANDRADE, R.F.V.; GONÇALVES, M.L.C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p.397-402, 2012.
9. CAVALCANTE, J.M.S. FIRMINO, M.G. MELO, R.R.N. FIGUEIREDO, Y.M.B.F. LIMA, P.L.S. CARVALHO, R.S.F. O atual panorama da Sífilis congênita no Brasil. **International Journal of Sex Research**, 2018.
10. CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n 2. p. 255-264, 2017.
11. CESAR, J. A.; CAMERINI, A. V.; PAULITSCHI, R. G.; TERLAN, R. J. Não realização do teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200012, 2020.
12. CLEMENTE, T. A importância do pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: revisão bibliográfica. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits. Maceió**, v. 1, n 1. p. 33-42, 2012 .
13. COOPER, J. M. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários!. **Rev. paul. pediatr.**, v. 34, n 3. p. 251-253, 2016.
14. COSTA, C.V.; SANTOS, I.A.B.; SILVA, J.M.; BARCELOS, T.F.; GUERRA, H.S. sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos catarinenses de medicina**, [S. l.], p. 194-202, 2017.
15. COSTA, L. D.; FARUCH, S. B.; TEIXEIRA, G.T.; CAVALHEIRI, J. C.; MARCHI, A. D. A.; BENEDETTI, V. P. Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018.
16. DAMASCENO, A. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, v.13, n 3. p. 88-94, 2014.
17. DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade pré-natal. **Prática de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.
18. FAVERO, M.L. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n 1. p. 2-8, 2019.
19. FIGUEIRÓ-FILHO, E. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande- MS. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 19, n 3. p. 139-143, 2007.
20. FINDLAY, S. N.; TAYLOR, M. M.; SAVAGE, M.; MELLO, M. B.; SALIYOU, S.; LAVAYEN, M.; SGHERS, F.; CAMPBELL, M. L.; BIRGRIMANA, F. OUEDRAOGO, L.; OWIREDU, M. N.; KIDULA, N.; MERCIER, L. P. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and satekholder interviews. **PLoS Med**, v. 14, n. 12, 2017.
21. GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.**, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.
22. LAFETÁ, K.R.G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M.F.; PARANAÍBA, L.M.R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n 1. p. 63-74, 2016.

23. LORENZI, D.; MADI, J. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n 10. p. 647-652, 2001.
24. MACEDO, V.C.; LIRA, P.I.C.; FRIAS, P.G.; ROMAGUERA, L.M.D.; CAIRES, S.F.F.; XIMENES, R.A.A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controlado. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n 78, 2017.
25. MAGALHAES, D.M.S. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n 6. p. 1109-1120, 2013.
26. MASCARENHAS, L. E. F.; ARAÚJO, M. S. S.; GRAMACHO, R. C. C. V. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. Salvador: **Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**, 2016.
27. MELO, E.M.F.S. Sífilis Congênita no Brasil: cenário de 2006 á 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019
28. MESQUITA, A. L.; SILVA, M. A.; SOUSA, A. J.; JÚNIOR, D.; FERREIRA, V. E.; LINHARES, M. S. Desafios para a prevenção e controle da sífilis congênita. **Millenium**, v. 2, n 10. p. 31-37, 2019.
29. MIRANDA, C. Panorama da sífilis em Goiânia segundo levantamento realizado no Laboratório Clínico da PUC Goiás entre 2010 e 2014. **EVS**, v. 45. p. 66-70, 2018.
30. MORRIS, Sheldon R. **Sífilis: manual MSD**, 2018.
31. NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C.. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n 4. p. 681-694, 2015.
32. NUNES, J.T.; MARINHO, A. C. V.; DAVIM, R. M. B.; SILVA, G.G.O.; FÉLIX, R.S.; MARTINO, M.M.F. Syphilis in gestation: perspectives and nurse conduct. **Revista de enfermagem da UFPE**, v. 11. N 12. p. 4875-4884, 2017.
33. PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3019, 2018.
34. PINTO, V.M.; BASSO, C.R.; BARROS, C.R.S.; GUTIERREZ, E.B. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde colet**, [s. l.], p. 2423-2432, 2018.
35. RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. E GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n 3. p. 168-175, 2004.
36. SÃO PAULO. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n 4. p. 768-772, 2008.
37. SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.
38. SILVA, D.M.A.; ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, R.M.; ANDRADE, R.F.V.; MOURA, H.J.; ESTEVE, A.B.B. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n 2. p. 278-285, 2014.
39. SILVA, M.R.F.; BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira Materno- Infantil** v. 12, n 4. p. 413-423, 2012.
40. TAQUETTE, S.R.; MEIRELLES, Z.V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. **Adolescência e Saúde**, v. 9, n 3. p. 56-64, 2012.