

**UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SÉRIE HISTÓRICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NOS ANOS DE 2011-2020 NO  
BRASIL**

**GIOVANNA MONTREZOL AREAS**  
**VICTORIA AMMARI LOURENÇO**

**MARINGÁ – PR**  
**2022**

Giovanna Montrezol Areas  
Victoria Ammari Lourenço

**SÉRIE HISTÓRICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NOS ANOS DE 2011-2020 NO  
BRASIL**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Dra. Juliana Dalcin Donini e Silva.

MARINGÁ – PR

2022

Giovanna Montrezol Areas  
Victoria Ammari Lourenço

**Série histórica da sífilis congênita nos anos de 2011-2020 no Brasil**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade UniCesumar, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Juliana Dalcin Donini e Silva

Aprovado em: 11 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA



---

Prof<sup>a</sup> Juliana Dalcin Donini e Silva



---

Prof<sup>a</sup> Patricia Bossolani Charlo

## SÉRIE HISTÓRICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NOS ANOS DE 2011-2020 NO BRASIL

Giovanna Montrezol Areas

Victoria Ammari Lourenço

### RESUMO

A Sífilis Congênita é a transmissão vertical da Sífilis causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo a mãe portadora, e sem o tratamento adequado ou sem o diagnóstico da doença quando ainda é gestante, transmitindo a patologia para o feto ou durante o parto. O recém-nascido contaminado pela Sífilis Congênita pode apresentar baixo peso ao nascer, hepatoesplenomegalia, alterações no sistema respiratório, entre outros. O estudo teve como objetivo compreender como a Sífilis Congênita se comporta nas regiões federativas de acordo com as variáveis como sexo do RN, pré-natal, faixa etária e etc. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica em que foram utilizados os dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e os resultados foram discutidos à luz da literatura recente sobre o tema. Diante da análise dos dados conclui-se que o tratamento da doença é considerado simples e de baixo custo, portanto, a falha na prevenção se apresenta na hora do diagnóstico no pré-natal e na não adesão ao tratamento por parte da mulher e de seu parceiro.

**Palavras-chave:** Sífilis congênita; Análises de dados; Brasil.

## HISTORICAL SERIES ON CONGENITAL SYPHILIS IN THE YEARS 2011-2020 IN BRAZIL

### ABSTRACT

Congenital Syphilis is the vertical transmission of the Syphilis caused by the bacterium *Treponema pallidum*, being the carrier mother, and without proper treatment or diagnosis of the disease when she is still pregnant, transmitting the pathology to the fetus or during childbirth. The newborn contaminated by Congenital Syphilis may present low birth weight, hepatosplenomegaly, changes in the respiratory system, among others. The study aimed to understand how Congenital Syphilis behaves in the federal regions according to the variables such as sex of NB, prenatal care, age group etc. This study is an epidemiological survey in which the data available in the Department of Informatics of the *Sistema Unico de Saúde* were used and the results were discussed in the light of recent literature on the subject. Given the analysis of the data, it is concluded that the treatment of the disease is considered simple and low cost, therefore, the failure in prevention happens at the time of diagnosis in prenatal care and non-acceptance of treatment by the woman and her partner.

**Keywords:** Congenital syphilis; Data analysis; Brazil.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico e evolução crônica, sua transmissão se dá por contato sexual ou vertical, podendo ocasionar a forma adquirida ou congênita da doença. Essa patologia é causada pela bactéria *Treponema pallidum* do grupo das espiroquetas gram-negativa. Apesar do diagnóstico de fácil acesso, tratamento simples e de baixo custo, a sífilis ainda é um problema de saúde pública responsável por altas taxas de morbimortalidade.<sup>1</sup>

A forma congênita da doença, é adquirida por contato vertical transplacentário, quando a bactéria é transmitida ao conceito por via sanguínea durante a gestação, ou por contato direto do bebê com uma lesão durante o parto, ou em alguns casos, na amamentação. Essa patologia pode causar abortamento, óbito fetal, natimortalidade, baixo peso ao nascer, prematuridade e malformações congênitas.<sup>2</sup>

O diagnóstico da Sífilis Congênita (SC) é feito por exames laboratoriais, raio-X de ossos longos e punção lombar. Contudo, o diagnóstico precoce ocorre quando a criança apresenta sinais clínicos da doença, tais como baixo peso, prematuridade, pênfigo palmoplantar antes de dois anos de vida enquanto a SC tardia apresenta os sinais após os dois anos de idade, e muitas vezes acompanhados de acometimento do Sistema Nervoso Central e do Sistema Osteoarticular.<sup>3</sup>

O tratamento da infecção é feito com penicilina benzatina, com doses padronizadas de acordo com o estadiamento da doença. Essa terapêutica deve ser iniciada na gestante imediatamente após o diagnóstico, para evitar a transmissão vertical. Também deve ser feito o tratamento do parceiro da mulher, a fim de evitar a progressão e reinfecção da grávida e garantir a saúde do bebe.<sup>4</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1,5 milhões de mulheres gestantes são contaminadas pela sífilis anualmente, sendo que 50% não terão tratamento adequado, o que ocasionará eventos adversos, para mãe ou bebê, na gestação, nascimento e puerpério.<sup>5</sup> A eliminação da Sífilis Congênita é uma meta da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ou seja, os órgãos nacionais e internacionais de saúde têm como objetivo a ocorrência de 0,5 ou menos casos da doença para cada mil nascidos vivos.

Observa-se no Brasil um aumento considerável no número de casos de sífilis congênita nos últimos anos, diante disso, pode ser considerado que houve um aumento na vigilância em saúde, melhorando as notificações e ampliando a testagem, em contrapartida houve a

diminuição no uso de preservativos, maior resistência dos profissionais em oferecer tratamento e a carência da distribuição da penicilina.<sup>6</sup>

Diante do elevado número de casos de Sífilis Congênita que se observa na literatura e por ser a segunda maior causa de óbito neonatal no mundo, o objetivo deste estudo foi apresentar e detalhar os casos notificados de sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2011 e 2020.

## **2 METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo epidemiológico, descritivo e transversal de abordagem quantitativa, envolvendo casos de notificação de sífilis congênita em menores de um ano ocorridos entre os anos 2011 e 2020 disponíveis no DATASUS, nas cinco regiões federativas do Brasil, sendo Região Norte, Região Nordeste, Região Sul, Região Sudeste e Região Centro- Oeste.

As variáveis abordadas relacionadas às gestantes foram: escolaridade e cor/raça. Quanto ao acompanhamento gestacional: realização do pré-natal e momento do diagnóstico da sífilis materna. E, quanto aos recém-nascidos, foram analisados os casos positivos de sífilis congênita em menores de um ano, por ano de notificação. Também foram analisados dados sobre o tratamento do pai. Para calcular a taxa de mortalidade e de incidência da doença foram utilizados os dados de nascidos vivos nos mesmos períodos.

A análise e processamento dos resultados foram feitos através do software *Microsoft Excel* versão para *Windows* 2010, e foram avaliados de forma descritivas, representados em forma de tabelas e gráficos, e discutidos à luz de estudos publicados sobre o assunto. Por se tratar de dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.

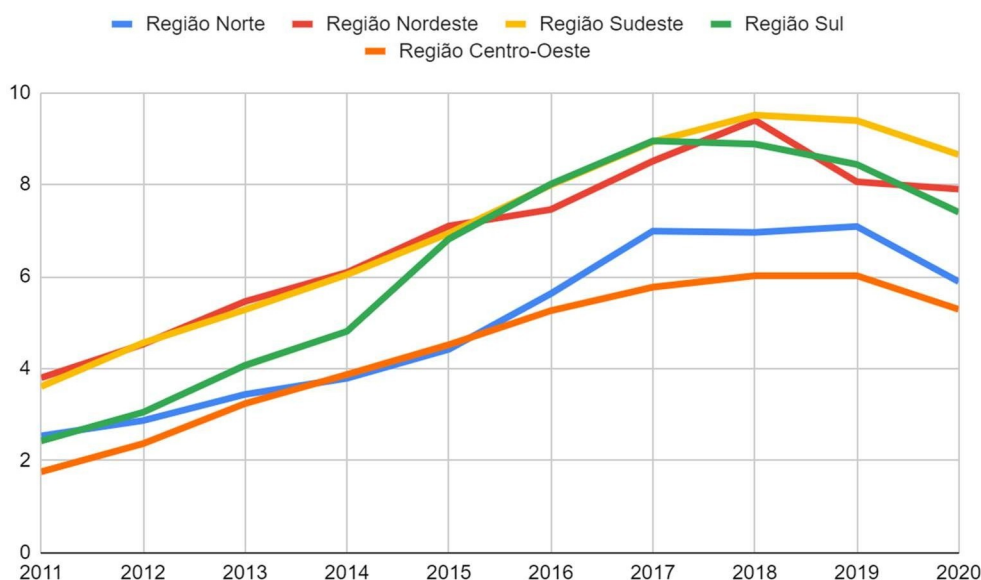
## **3 RESULTADOS**

No período de 2011 a 2020 foram confirmados 377.358 casos de sífilis em gestantes no Brasil, e nesse mesmo período e local, foram confirmados 187.583 casos de sífilis congênita. Percebe-se no Gráfico 1 que a doença apresentou um avanço transversal notório com o passar dos anos. Destacamos o aumento dos números dos casos confirmados de SC nos anos de 2017

(24.402 casos), 2018 (26.014 casos) e 2019 (23.794 casos), destacando o ano de 2018, com maior número de casos notificados.

Ainda no gráfico 1, podemos observar que a região com maior número de diagnósticos é a região sudeste (80.789 casos), seguida da região nordeste (58.016 casos), sul (24.632 casos), norte (15.661 casos), e por fim centro-oeste (10.585 casos). O gráfico aponta que houve um crescente número de diagnósticos da SC de 2011 até 2018, e em 2019 se iniciou uma queda no número de diagnósticos. Quando comparada as taxas de incidência, as regiões Norte e Centro- Oeste e a região Sul se equiparam à região Sudeste.

**Gráfico 1.** Progressão dos casos de Sífilis Congênita nos dos anos de 2011 a 2020 nas regiões federativas.



Fonte: DATASUS/TABNET

De acordo com a tabela 1, observa-se que a maioria dos casos de sífilis congênita são diagnosticados no período neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) com distribuição uniforme entre as regiões do país. A partir desse período, poucos casos são diagnosticados, variando de 1,2 a 2% dos diagnósticos confirmados. Sendo assim, diante dos dados obtidos, é relevante destacar que dos casos totais confirmados de Sífilis Congênita em menores de um ano, 97% é evidenciado pelo diagnóstico em recém-nascidos de até 6 dias de vida. Esse dado é expressivo graças ao diagnóstico precoce.

**Tabela 1.** Distribuição de diagnóstico por sífilis congênita, por região federativa nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (27 dias a um ano).

	0-6 DIAS		7-27 DIAS		28 DIAS - 1 ANO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Norte</b>	15.028	96,6	309	1,99	224	1,4	15.561	100
<b>Nordeste</b>	54.030	96,5	1.155	2,06	831	1,5	56.016	100
<b>Sudeste</b>	78.301	96,9	1.291	1,6	1.197	1,5	80.789	100
<b>Sul</b>	23.993	97,4	306	1,24	333	1,4	24.632	100
<b>Centro-Oeste</b>	10.215	96,5	185	1,75	185	1,7	10.585	100

Fonte: DATASUS/TABNET

Quanto ao sexo do neonato, podemos observar na Tabela 2 que a Sífilis Congênita acomete o sexo masculino e feminino de forma semelhante, sendo 46% meninos e 47% meninas. Entretanto, é importante destacar o número de casos confirmado de SC com o sexo indefinido, indicando 7% dos casos notificados, sendo alarmante a quantidade de casos que não possuem suas notificações preenchidas de forma adequada.

**Tabela 2.** Distribuição de casos diagnosticados de sífilis congênita por sexo e região.

	MASCULINO		FEMININO		IGNORADO/BRANCO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Norte</b>	7.667	49,2	7.392	47,5	502	3,2	15.561	100
<b>Nordeste</b>	26.043	46,4	26.995	48,1	2.978	5,3	56.016	100
<b>Sudeste</b>	36.828	45,6	38.023	47	5.921	7,3	80.772	100
<b>Sul</b>	11.480	46,6	11.413	46,3	1.739	7	24.632	100
<b>Centro-Oeste</b>	4.960	46,8	5.046	47,6	579	5,4	10.585	100

Fonte: DATASUS/TABNET

O pré-natal foi realizado em 79,6% das gestantes nos últimos 10 anos, como apontado na Tabela 3, apesar de uma grande parcela realizar o acompanhamento, ainda é necessário que a adesão ao pré-natal seja superior e mais eficiente. Outro ponto que devemos discutir é o preenchimento correto das fichas de notificação, uma vez que os dados em branco ou ignorados compõem uma grande parcela das tabelas.

O teste rápido de sífilis deve ser feito durante o pré-natal, seguido de um exame laboratorial para confirmação do caso. O teste deve ser feito pela gestante nos 3 trimestres da gestação, para que quando houver o diagnóstico, possa se iniciar o tratamento imediatamente. Pode-se observar que mais de 50% do diagnóstico da sífilis em gestantes é feito durante o pré-



natal. Entretanto, é possível analisar um número expressivo de diagnóstico tardio, o que acarreta em uma maior chance de transmissão vertical da Sífilis.

**Tabela 3.** Distribuição de casos diagnosticados de sífilis congênita por acompanhamento pré-natal e região.

	SIM		NÃO		IGNORADO/BRANCO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Norte</b>	12.406	79,7	2.734	17,5	421	2,7	15.561	100
<b>Nordeste</b>	43.896	78,3	7.724	13,7	4.396	7,8	56.016	100
<b>Sudeste</b>	64.371	79,6	12.205	15,1	4.213	5,2	80.789	100
<b>Sul</b>	20.501	83,2	3.295	13,3	836	3,3	24.632	100
<b>Centro-Oeste</b>	8.176	77,2	1.563	19,1	846	7,9	10.585	100

Fonte: DATASUS/TABNET

O tratamento do parceiro é fundamental para evitar a sífilis congênita, visto que se a mulher seguir corretamente o protocolo de tratamento durante a gestação, mas seu parceiro não, as chances de contaminação do feto são maiores. Nos anos entre 2011 e 2020 apenas 16,5% dos pais foram tratados, o que mostra que o pré-natal do pai ainda não é uma realidade.

Quanto aos dados por evolução, é possível dizer que dos casos confirmados de Sífilis Congênita entre os anos de 2011 a 2020 com faixa etária de 6 dias a menores de um ano de vida, em 94% dos casos o bebê sobreviveu. Porém, 2% dos casos foram a óbito em razão da sífilis congênita, número esse menor do que os casos de óbito por outras causas. Sendo assim, pode-se concluir que as crianças com a sífilis congênita, entre os anos de 2011 a 2020 apresentaram uma considerável evolução positiva da doença, mas apesar disso a taxa de mortalidade da Sífilis Congênita entre os anos de 2011 a 2020 entre crianças de 6 dias a um ano é de 9,97.

#### 4 DISCUSSÃO

A Sífilis Congênita é uma patologia prevalente entre os casos de transmissão vertical, sendo ela a segunda principal causa de óbito fetal evitável em todo o mundo. Ainda assim, com base na análise de dados, é possível concluir que a taxa de sobrevivência dos bebês com Sífilis Adquirida é maior que a taxa de mortalidade pela infecção. Portanto, com o diagnóstico precoce e com o tratamento adequado ao recém-nascido a sobrevida deste é favorável.<sup>7</sup>

Os sinais e sintomas da Sífilis Congênita precoce, podem surgir até os dois anos de idade da criança, como icterícia, baixo peso ao nascer, pênfigo palmo plantar, hepatomegalia

com ou sem esplenomegalia,<sup>8</sup> sendo assim, deve ser diagnosticado a partir de avaliação epidemiológica cautelosa da condição materna e avaliação clínica e laboratorial da criança.<sup>9</sup> Além disso, a criança de até dois anos de vida pode apresentar canelite ou periostite, osteíte, caracterizado pela inflamação do osso ou osteocondrite, doença que afeta a cartilagem, podendo ocorrer deslocamento de parte da cartilagem ou osso.<sup>10</sup> Também, é capaz de desencadear a pseudoparalisia dos membros, observada em casos de Sífilis Congênita e essa patologia pode apresentar alterações laboratoriais como anemia, leucocitose ou leucopenia.<sup>9</sup>

A Sífilis Congênita é considerada tardia quando diagnosticada na criança após completar dois anos de vida. O diagnóstico é realizado da mesma forma que o da SC precoce, a partir de avaliação epidemiológica da condição materna e avaliação clínica e laboratorial da criança, entretanto, sua incidência é menor.<sup>9</sup> Com base nos testes do Programa Nacional de

Triagem Neonatal (PNTN), que possui objetivo preventivo, identificando distúrbios metabólicos assintomáticos nos primeiros dias de vida do bebê, está o teste do olhinho,<sup>11</sup> realizado por um pediatra ou oftalmologista e que pode identificar lesões oculares como catarata congênita ou coriorretinite, podendo indicar a SC.<sup>8</sup> Portanto, diante de todas as manifestações clínicas que o neonato pode apresentar, é realizada avaliação clínica e laboratorial criteriosa, sendo assim, a Sífilis Congênita majoritariamente é identificada até os seis dias de vida do bebê.

No recém-nascido (nascimento a 27 dias de vida), a Sífilis Congênita foi a principal causa do aumento nas taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) nos anos de 2000 a 2015 no Brasil. Além disso, em menores de um ano, a taxa de hospitalização por SC foi predominante.<sup>12</sup>

Quanto à Sífilis Materna, é possível afirmar que algumas das gestantes com Sífilis apresentam condições inadequadas para diagnóstico e tratamento da doença, como baixa escolaridade da mãe, uso de drogas ilícitas, de raça parda ou negra, idade abaixo dos 30 anos, entre outros. Além disso, no Brasil, o acompanhamento do pré-natal das gestantes é realizado nos serviços de atenção básica e a fragilização destes serviços pode influenciar no diagnóstico e tratamento da doença nessas mulheres. Portanto, pode-se assumir que o aumento da capacidade de identificação de pessoas portadoras assintomáticas de sífilis resultou em um aumento de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita.<sup>13</sup>

O manejo adequado da sífilis na gestação envolve a identificação precoce da doença na mulher, tratamento adequado e em tempo pertinente. A maior parte das mulheres com Sífilis tiveram o acompanhamento do pré-natal durante a gestação, entretanto, a ocorrência de eventos desfavoráveis, como a transmissão da patologia e a prematuridade, ocorrerá nas mulheres grávidas que não foram testadas ou tratadas para a doença durante o pré-natal.<sup>7</sup>

Como pode ser evidenciado no Gráfico 1, citado anteriormente, os casos de Sífilis Congênita tiveram um aumento contínuo e significativo até o ano de 2018, atingindo seu ápice. Essa progressão nas notificações pode estar relacionada à maior distribuição de testagem, a diminuição do uso de preservativos e a diminuição da administração de Penicilina benzatina na APS devido a um desabastecimento mundial desse fármaco.<sup>14</sup> Sendo assim, a assistência ao pré-natal nas UBS apresenta uma grande falha, pois os resultados decorrentes da Sífilis poderiam ser evitados se a assistência pré-natal fosse adequada e efetiva.<sup>15</sup>

As mulheres que tiveram a transmissão vertical da IST evidenciam a fragilidade na assistência pré-natal, como o seu início tardio, uma quantidade menor de consultas preconizadas, o déficit na realização da sorologia para sífilis e a falha no registro da sorologia reagente no cartão de pré-natal, além do fato de que a mulher com Sífilis encontra preconceito quando busca pelo sistema de saúde. Devido à discriminação e o repúdio por parte dos profissionais contra as pessoas com IST, a mulher não se sente acolhida no sistema e conseqüentemente não procura ou não adere ao tratamento adequado da doença. Além disso, a taxa de maior incidência da Sífilis se exprime em mulheres de baixa renda e baixa escolaridade, como ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto.<sup>16, 17</sup>

Nesse contexto, considera-se que a gestante com sífilis seja tratada adequadamente quando recebe o medicamento preconizado de acordo com o estadiamento da doença e quando o tratamento é iniciado pelo menos 30 dias antes do parto. É importante destacar que o tratamento adequado da mãe está estritamente relacionado à incidência de casos de sífilis congênita, uma vez que a SC é uma doença prevenível e o risco de desfechos desfavoráveis para o bebê são mínimos se o processo de diagnóstico e tratamento forem efetivos. Apesar do tratamento do parceiro sexual não ser mais definidor quanto à adequabilidade do tratamento, ainda é considerado o maior fator associado à falha no tratamento da mãe.<sup>14,18</sup>

A falta de adesão ao tratamento pelo parceiro é um entrave para que a sífilis congênita seja erradicada, uma vez que o parceiro não tratado pode reinfetar a gestante, e favorecer a transmissão vertical. Nesse sentido, entende-se que a atenção básica vem apresentando baixa resolutividade à assistência pré-natal. Além disso, pode-se relacionar a dificuldade do tratamento do parceiro a políticas públicas falhas em relação à saúde do homem, uma vez que esses são os que menos buscam o serviço e a mulher é a que culturalmente é responsável pelo cuidado da família.<sup>19, 20, 21</sup>

Outros fatores que influenciam no tratamento do parceiro são o desconhecimento da doença e sua importância, uma vez que na maioria dos casos, são as gestantes que informam o parceiro sobre o diagnóstico, e algumas não acham necessário informar. Lembrando que o

homem associa o cuidado pré-natal à mulher, achando desnecessário se envolver. Por fim, alguns estudos enfatizam que nem a equipe de saúde conhece os protocolos e diretrizes do tratamento do parceiro, uma vez que esses homens podem ser de difícil acesso pelos fatores supracitados e também pode ser que a gestante tenha mais de um parceiro sexual, dificultando o tratamento adequado.<sup>22</sup>

Destaca-se também um sério problema que decorre da infecção por Sífilis que é o aborto, caracterizando-se pela perda gestacional antes de 22 semanas de gestação ou peso do feto menor que 500 gramas e quando a mãe é portadora da sífilis e não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada. É também importante conceituar o Óbito Fetal por Sífilis, no qual o feto morto tem 22 semanas ou mais ou com o peso igual ou maior a 500 gramas e a mãe é portadora da sífilis e não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada.<sup>9</sup>

Além disso, a Sífilis pode trazer outras consequências como prematuridade e baixo peso ao nascer, que podem favorecer a ocorrência de morbimortalidade neonatal. Neste caso, o neonato possui imaturidade e fragilidades que contribuem para agravos quando associados a Sífilis materna, entre eles, comorbidades como hemorragia intraventricular, síndrome do sofrimento respiratório, retinopatia, sendo prejudicial ao desenvolvimento da criança.<sup>23</sup>

Por fim, evidencia-se que o papel da enfermagem na atenção primária é facilitar o vínculo do paciente com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde (UBS). O enfermeiro também é um dos profissionais de saúde responsáveis por conduzir o pré-natal da gestante, seguindo os protocolos de testagem e favorecendo o diagnóstico precoce. Cabe ao enfermeiro também, realizar orientações sobre a importância do tratamento da gestante e do parceiro, realizando busca ativa desses, quando necessário.<sup>22</sup>

## **5 CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo evidenciam que os casos de sífilis congênita tiveram um aumento expressivo no período estudado, mas que a partir de 2019 houve um declínio. Pode-se relacionar ao aumento da testagem e adesão ao tratamento da SC. Porém, para confirmar que a redução dos casos se manterá, é necessário um acompanhamento constante nos indicadores de saúde.

O aumento alarmante dos casos da Sífilis Congênita se deve possivelmente à problemas na assistência pré-natal às mães com diagnóstico de Sífilis. Os serviços de APS apresentam problemas estruturais, organizacionais e doutrinários, o que compromete a qualidade da

intervenção dos casos no país. Ainda, mesmo que a maioria das gestantes tenham exames requisitados durante os três trimestres da gestação, as mulheres não realizam o tratamento preconizado com a Penicilina benzatina, ou o fazem de forma incompleta.

Importante destacar que ainda há fragilidade na realização das notificações, principalmente com relação ao preenchimento adequado dos dados, podendo implicar em viés no estudo realizado. Por fim, salienta-se que, a Sífilis Congênita é um tema muito extenso e complexo, portanto, necessita de estudos complementares

Assim, esperamos que este estudo possa contribuir para a tomada de decisão dos gestores de saúde para ampliar as campanhas voltadas a prevenção e também intensificação do acompanhamento e incentivo ao pré-natal de qualidade, minimizando a transmissão vertical e conseqüentemente a redução de crianças diagnosticadas com sífilis congênita.

## REFERÊNCIAS

1. Lima ISS, Castro JCR, Monteiro J de SS, Lacerda MPCC, Freitas Y de O, Leão KA. Sífilis congênita: obstáculos enfrentados no tratamento e na prevenção de novos casos. REAC [Internet]. 2022 jan 28.[acesso em 20 ago 2022];41:e9526. DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e9526.2022>
2. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, Júnior JGS, Silva FS. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2019 mar 13. [acesso em 20 ago 2022]; 13(3):604-13 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019>
3. Malveira NAM, Dias JMG, Gaspar VK, Silva TSL de B. Sífilis Congênita no Brasil no período de 2009 a 2019. BJDV [Internet]. 2021 Ago. 29 [acesso em 20 ago 2022]; 7(8):85 290-308. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-642>
4. Lobato PCT, Aguiar FESS, Mata NDS, Prudêncio LS, Nascimento RO, Braga KHM, et al. Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. Rev enferm UFPE on line.[Internet]. 2021. [acesso em 20 ago 2022]; 15:e245767 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245767>
5. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, Silva MP. Sífilis em gestante e sífilis congênita no Maranhão. Arq Ciênc Saúde. 2018 abr-jun: 25(2) 24-30. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.1023>
6. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e8. DOI:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>
7. Silva KAG, Oliveira KCPN, Almeida DM, Sobrinha EDS, Santos EA, Melo GC, et al. Desfechos em fetos e recém-nascidos expostos a infecções na gravidez. Rev Bras Enferm. 2021; 74( 3 ): e20200236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0236>.

8. Rodrigues LP, Tanaka SCSV, Haas VJ, Cunali VCAC, Marqui ABT. Teste do pezinho: condições materno-fetais que podem interferir no exame em recém-nascidos atendidos na unidade de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2019 Apr-Jun; 31 (02). DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190030>
9. Mestriner LA. OSTEOCONDRITE DISSECANTE DO JOELHO. *Rev Bras Ortop*. 2012;47(5):553-62.
10. Acácio RS, Silva AF, Carvalho FSM, Santana MA, Ferreira RC, Nobre TZ, et al. Sífilis congênita diagnosticada através do teste do reflexo vermelho. *Resid Pediatr*. 2020;10(1):23-26 DOI: 10.25060/residpediatr-2020.v10n1-60
11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
12. Junior EPP, Aquino R, Dourado I, Costa LQ, Silva MGC. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020 Jul; 25 (7). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>
13. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36 (3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>
14. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol Serv Saúde* 2021;30(spe1):e2020597. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>
15. Nascimento DZ, Miró IC, Gonçalves JAS, Marques GM, Martins ALO. Diagnóstico precoce da sífilis em gestantes: Prevalência de sorologia positiva do teste VDRL e realização do teste rápido imunocromatográfico em um hospital do Sul de Santa Catarina. *Rev. Assoc. Méd. Rio Gd. do Sul*. 2021 set; 65(3). DOI:
16. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32 (6). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
17. Rosa RFN, Araújo AS de, Silva ADB, Silva AK, Martins JVM, Alves JM, Santos LTDO. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. *Rev enferm UFPE on line*. 2020;14:e243643 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243643>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e

Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 224 p. : il.

19. Pastro DOT, Farias BP, Garcia OAG, Gambichler BS, Meneguetti DUO, Silva RSU. Prenatal quality and clinical condition of newborns exposed to syphilis. *J Hum Growth Dev.* 2019; 29(2): 249-256. DOI: <http://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9429>

20. Holztrattner JS, Linch GF da C, Paz AA, Gouveia HG, Coelho DF. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>.

21. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev bras ginecol obstet.* 2012 set; 34(9): 397-402. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>

22. Silveira CR, Costa LF da, Fernandes MTC, Fontenele RM. Papel do enfermeiro na inserção dos parceiros no pré-natal e tratamento de gestantes com sífilis. *REAS.* 2020 Nov 27; 12(11):e4741. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4741.2020>

23. Paula MA, Simões LA, Mendes JC, Vieira EW, Matozinhos FP, Silva TMRD. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. *Cien Saude Colet.* 2022 ago;27(8):3331-3340. DOI:10.1590/1413-81232022278.05022022. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35894342.