



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vanessa Almeida do Nascimento

A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ- AL NOS CASOS
DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Maceió
2022

Vanessa Almeida do Nascimento

**A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ-AL NOS
CASOS DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo U Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Michael Ferreira Machado.

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de Souza.

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica.

Maceió
2022

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 - 1767

N244a Nascimento, Vanessa Almeida do.
A atuação da Estratégia Saúde da Família em Maceió-AL nos casos de sífilis na gestação / Vanessa Almeida do Nascimento. – 2022.
89 f. : il.

Orientador: Michael Ferreira Machado.

Co-orientador: Carlos Freire Dornels.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.
Inclui produto acadêmico.

Bibliografia: f. 75-81.

Anexos: f. 82-89.

1. Sífilis. 2. Gravidez. 3. Transmissão vertical de doenças infecciosas. 4. Cuidado pré-natal. 5. Estratégias de saúde nacionais - Maceió (AL). I. Título.

CDU: 614:618.2/.3(813.5)

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final da dissertação é a concretude de mais um grau no meu processo de evolução. Muita dedicação e tempo foram exigidos, diante dos obstáculos, o uso da resiliência e da sabedoria. Conciliar trabalho, família e estudos foi uma tarefa difícil, mas nada teria sido possível sem a ajuda dessas pessoas, que, direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado nesse processo, as quais não poderia deixar de agradecer.

A Deus por ter sido meu sustento e minha fortaleza diária no caminhar desta construção.

Aos meus familiares e esposo, pelo apoio e incentivo sempre que possível, em especial aos meus filhos, Gabriel e Joaquim, pela paciência, compreensão e estímulo para eu chegar ao fim. E à minha sobrinha Ianara, por toda a ajuda. Amo vocês.

Ao Prof. Dr. Michael Ferreira Machado, meu orientador, que além de toda competente orientação e dedicação, foi paciente e compreensivo nos momentos difíceis desse processo.

Às Profas. Dras. Lorena Sousa Soares e Josineide Sampaio, por toda desenvoltura na composição da banca examinadora, pelas relevantes contribuições e pela disponibilidade de tempo para o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, por todas as trocas e experiências vividas, além dos afetos durante esses dois anos, e a todos os professores, pelos conhecimentos compartilhados e construção desse mestrado.

Aos profissionais da Secretaria de Saúde de Maceió, pela gentileza e disponibilidade dos dados do Sinan e do Sinasc.

Meu muito obrigada.

RESUMO

A pesquisa procurou analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família nos casos de sífilis na gestação entre os anos de 2015 a 2020, no município de Maceió, Alagoas. A perspectiva era identificar a incidência da sífilis em gestantes, os índices de adequação do cuidado pré-natal e os esquemas de tratamento realizados para as gestantes, bem como as associações entre a sífilis na gestação e os aspectos clínicos e sociais. A partir da teoria, variáveis foram relacionadas para elucidar a questão, bem como a utilização de medida quantitativa exploratória, retrospectiva e descritiva. Para a aquisição dos dados foi realizada a execução e catalogação das informações epidemiológicas disponíveis no Sinan/VE/Maceió, Sinasc/VE/Maceió, Sisab/DataSUS e Boletins da Vigilância em Saúde, tal como a utilização de variáveis socioculturais, demográficas e clínicas dos sistemas de informação em saúde. Por conseguinte, os dados foram analisados por meio de coeficientes, razões, correlações, gráficos e tabelas. Para tratamento estatístico e análises, foram utilizados os programas Microsoft® Excel 2016 e Jasp 0.16.3. Os resultados refletiram a importância do fortalecimento da APS para obtenção de um pré-natal (PN) adequado e a urgência na qualificação dos serviços e dos profissionais que atuam nesse cuidado. Como produtos foram elaborados dois artigos, intitulados “Sífilis na gestação e a atuação da ESF: uma análise no Município de Maceió, Alagoas, Brasil nos anos de 2015 a 2020” e “Cuidado pré-natal das gestantes com sífilis no Brasil: uma revisão de literatura”, bem como um guia rápido para profissionais da saúde, material didático em saúde que visa subsidiar a assistência e o manejo clínico oportuno das gestantes identificadas com sífilis. A compreensão dos processos envolvidos no diagnóstico e tratamento da sífilis pela ESF, com vistas da melhoria à assistência da atenção pré-natal e puerperal como garantia do diagnóstico precoce e a realização do tratamento adequado para evitar a transmissão vertical, configurou a relevância do estudo.

Palavras-chave: Sífilis. Gestação. Transmissão vertical. Assistência pré-natal. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This work sought to analyze the performance of the Family Health Strategy in cases of syphilis during pregnancy between the years 2015 to 2020, in the city of Maceió-AL. The perspective was to identify the incidence of syphilis in pregnant women, the rates of adequacy of prenatal care and the treatment regimens performed for pregnant women, as well as the associations between syphilis during pregnancy and clinical and social aspects. From the theory, variables were related to elucidate the question, as well as the use of exploratory, retrospective and descriptive quantitative measures. For the acquisition of data, the execution and cataloging of the epidemiological information available in Sinan/VE/Maceió, Sinasc/VE/Maceió, Sisab/DataSUS and Health Surveillance Bulletins were carried out, as well as the use of sociocultural, demographic and clinical variables of health information systems. Therefore, the data were analyzed using coefficients, ratios, correlations, graphs and tables. For statistical treatment and analysis, Microsoft® Excel 2016 and Jasp 0.16.3 programs were used. The results reflected the importance of strengthening the PHC to obtain a PN appropriate and the urgency in the qualification of services and professionals who work in this care. As a product, an article "Syphilis during pregnancy and the performance of the ESF: An analysis in the city of Maceió, Alagoas, Brazil from 2015 to 2020", an article "Prenatal care for pregnant women with syphilis in Brazil: A literature review" and a Quick Guide for health professionals, educational material on health, which aims to support the assistance and timely clinical management of pregnant women identified with syphilis. Understanding the processes involved in the diagnosis and treatment of syphilis by the ESF, with a view to improving prenatal and puerperal care as a guarantee of early diagnosis and adequate treatment to avoid vertical transmission, was the relevance of the study.

Keywords: Syphilis. Pregnancy. Mother-to-child transmission. Prenatal care. Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

AL	Alagoas
APS	Atenção Primária em Saúde
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DS	Distritos Sanitários
Elisa	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
eSF	equipes de saúde da família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption</i>
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano municipal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NV	nascidos vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PN	pré-natal
PMAQ/AB	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
RT	razões das taxas
RN	recém-nascidos
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis em Gestante

Sisab	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
Sinasc	Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste rápido
TCM	Trabalho de Conclusão do Mestrado
TPHA	<i>Treponema pallidum Hemagglutination</i>
Ufal	Universidade Federal de Alagoas
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVOS.....	15
3.1	Objetivo geral	15
3.2	Objetivos específicos.....	15
4	REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1	Sífilis como problema de Saúde Pública.....	16
4.2	Assistência ao pré-natal no cuidado à gestante com sífilis	17
4.3	Aspectos clínicos da sífilis.....	18
4.4	Tratamento	19
5	METODOLOGIA	21
5.1	Tipo de estudo	21
5.2	Local de estudo	21
5.3	Coleta de dados.....	22
5.4	Matriz de análise.....	22
5.4.1	Tratamento dos dados	22
5.4.2	Aspectos éticos	23
6	RESULTADOS.....	24
6.1	Artigo: análise dos Sistemas de Informação em Saúde	24
6.1.1	Introdução	25
6.1.2	Método	26
6.1.3	Resultados	28
6.1.4	Discussão.....	34
6.1.5	Conclusão	39
6.1.6	Referências	40
6.2	Artigo: revisão de literatura.....	43
6.2.1	Introdução	44
6.2.2	Método	45
6.2.3	Resultados	47
6.2.4	Discussão.....	51
6.2.5	Conclusões.....	56
6.2.6	Referências	57
6.3	Produto técnico	60
6.3.1	Título	62
6.3.2	Público-alvo.....	62
6.3.3	Tipo de produto	62
6.3.4	Introdução	63
6.3.5	Método	64
6.3.6	O guia.....	64
6.3.7	Resultados esperados.....	72
6.3.8	Conclusão	72
6.3.9	Referências	73

7	CONCLUSÕES	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	ANEXO A – Regras Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI).....	82
	ANEXO B – Regras Revista Enfermería Actual em Costa Rica (Revenf)	84

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana que tem como agente etiológico transmissor o *treponema pallidum*, com sua atual taxa de incidência sendo de 12 milhões de infectados no mundo. A doença é silenciosa, podendo atingir qualquer parte do corpo, com evolução alternando entre estágios sintomáticos e assintomáticos (ANDRADE *et al.*, 2016).

Quando uma gestante infectada transmite a espiroqueta do *treponema pallidum*, por meio da corrente sanguínea, para o seu concepto, resulta em Sífilis Congênita (SC). O contágio se dá através da via transplacentária, também denominado transmissão vertical, ou ocasionalmente, pelo contato direto com a lesão genital na hora do parto. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação, sendo menor com o aumento da idade gestacional (HILDEBRAND, 2010).

No ano de 2020 no Brasil, a taxa de incidência de SC foi de 7,7/1.000 nascidos vivos, quando a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) seria menos de 0,5 /1000 nascidos vivos (NV). Em Maceió essa taxa ultrapassou a média nacional, 14/1000 NV. Apesar de 75,5% das gestantes realizarem o pré-natal e do diagnóstico ter sido feito nesse serviço, em 46,8% a incidência de Sífilis Congênita é maior que a média nacional (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Ainda no tocante à realidade de Maceió, é notório a partir de 2018 um aumento significativo no número de casos notificados pela Atenção Primária à Saúde (APS), o que pode estar associado a alguma intervenção com vistas a facilitar o diagnóstico e/ou mesmo a subnotificações anteriores (BRASIL, 2020a)⁸. A Sífilis em Gestante (SG) e a SC são agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente (BRASIL, 2020a).

Os registros desse município retratam as maiores ocorrências entre mulheres de baixa escolaridade, pardas, adolescentes e em idade fértil. As detecções ocorrem, em sua maioria, entre o segundo e terceiro trimestres da gestação, sendo 63% com tratamento inadequado e 67,6% com parceiros não tratados (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b). Em se tratando de cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2018 esta correspondeu a 28,5% (MACEIÓ, 2020c).

As estatísticas nacionais demonstram que em gestações com sífilis precoce não tratada, 40% resultam em aborto espontâneo. Em apenas 1% a 2% dos casos das gestantes tratadas adequadamente a criança nasce com infecção congênita, em

comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas. Na ausência de tratamento eficaz, estima-se que 11% das gestações seguirão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de SC (BRASIL, 2020d; BERMAN, 2004; BLENCOWE, 2011).

Se antes ou durante o pré-natal (PN) a gestante e seu parceiro forem assistidos com diagnóstico e tratamento precoce, a SC pode ser controlada. Contudo, é fundamental a assistência qualificada do pré-natal ao parto, com ações estratégicas de vigilância e promoção da saúde, por meio da qual a população esteja esclarecida em relação à sífilis, visto que seu aparecimento demonstra redução na qualidade dos serviços principalmente da APS (MARTINS, 2014).

Estudos afirmam que equipes de saúde da família (eSF) que ampliaram a testagem rápida conseguiram aumentar a capacidade de detecção dos casos de sífilis, mesmo em pessoas assintomáticas, resultando em identificação e notificação significativas dos casos em gestantes, oportunizando cuidado e tratamento precoces no pré-natal e, consequente, a redução de infecção fetal (BERMAN, 2004; BLENCOWE *et al.*, 2011; MACHADO *et al.*, 2021).

Um dos indicadores para o monitoramento do acesso e da qualidade da APS é o número de casos de SC. Apesar dos avanços baseados no tratamento da gestante e suas parcerias sexuais, os desafios são visíveis e seu aumento ao longo dos anos representa um evento sentinela (MACEDO, 2015).

Outra particularidade desse seguimento é o exame de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que deve ser ofertado no primeiro e terceiro trimestres da gestação e mensalmente, no acompanhamento de casos positivos, conforme protocolos nacionais. Isso ocorre devido ao fato de que em muitos casos os sintomas não são detectados e as manifestações iniciais são rápidas, podendo levar a uma falsa sensação de cura e transmissão para as parcerias sexuais (PCDT, 2020).

Portanto, uma assistência pré-natal de qualidade na ESF — com ênfase no cuidado em saúde com a gestante, o parceiro e a família —, associada a um bom acompanhamento e avaliação pelos profissionais de saúde, resultará no bem-estar materno e neonatal (FIGUEIRO-FILHO *et al.*, 2012). Se o parceiro não é tratado ou é tratado de forma inadequada, isso invalida todas as medidas estabelecidas no

cuidado com a gestante, mesmo que esta seja tratada adequadamente (DALLE, 2017).

Assim, é importante reforçar a necessidade de valorizar e qualificar o aconselhamento em saúde às gestantes com sífilis, pois geralmente ele é realizado de forma prescritiva e na prática fora do seu contexto de vida. Um aconselhamento bem executado age como dispositivo de quebra da cadeia de transmissão e aumenta a probabilidade do aparecimento do parceiro ao serviço para tratamento (CAMPOS *et al.*, 2012).

Como Enfermeira da ESF de Maceió vivencio situações na qual percebo, mesmo com todo o vínculo formado, algumas dificuldades no manejo com a gestante quanto ao seguimento completo, como indicam os protocolos sanitários e assistenciais nacionais. Em virtude dessas situações, me veio a indagação de como os profissionais conduzem o cuidado pré-natal nos casos das gestantes positivas.

Nesse sentido, o estudo propõe-se a analisar, por meio dos dados epidemiológicos dispostos em Sistemas de Informação em Saúde, como a ESF de Maceió, Alagoas (AL) atua nos casos de sífilis em gestantes, visando identificar as ações e lacunas na prevenção, no diagnóstico e no tratamento, bem como a incidência e a adequação do cuidado pré-natal.

Ao melhorarmos a assistência da atenção pré-natal e puerperal garantimos o diagnóstico precoce e a realização do tratamento adequado para evitar a transmissão vertical da sífilis.

Os resultados deste trabalho estão dispostos em dois artigos, com títulos: “Sífilis na gestação e a atuação da ESF: uma análise no município de Maceió, Alagoas, Brasil nos anos de 2015 a 2020”; e “Cuidado pré-natal das gestantes com sífilis no Brasil: uma revisão de literatura”. Além de um guia rápido para profissionais da saúde sobre o manejo da sífilis na gestação, como instrumento facilitador no momento da assistência e do manejo clínico, de forma oportuna. O Guia está de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

2 JUSTIFICATIVA

Estima-se que dois milhões de gestantes possa adquirir a sífilis a cada ano no mundo. Para a América Latina e o Caribe, a estimativa é de 330 mil delas sem acesso ao tratamento durante o pré-natal; contudo, dos casos de SG, 2/3 resultarão em Sífilis Congênita. Para o conceito, outros resultados adversos podem acontecer, como morte fetal, morte neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer (NONATO *et al.*, 2015).

Estudos apontam a inadequação da assistência ao pré-natal como principal causa das altas incidências de SG. Fatores de risco para a infecção incluem ser gestante adolescente, múltiplas parcerias sexuais, baixa escolaridade e renda, raça/cor não branca, ISTs, gestações anteriores com histórico de sífilis, além da subutilização do sistema de saúde (NONATO *et al.*, 2015). No Brasil, poucos estudos avaliaram a gestante do início ao término do pré-natal com solicitação de sorologias para certificar a ocorrência da SG e suas relações (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A ESF desempenha um importante papel na prevenção e no controle da SC, por ser um modelo ordenador do cuidado e do fortalecimento da APS no Brasil. Apresenta-se como um local privilegiado para a realização do pré-natal, bem como enquanto instrumento primordial para a eliminação da SC (SACARENI; MIRANDA, 2012).

É imprescindível o comprometimento e a capacidade dos profissionais da ESF com a qualidade da assistência para redução da morbimortalidade materna e perinatal e a consequente melhoria dos indicadores (SILVA *et al.*, 2014).

Em muitas situações as pessoas não têm conhecimento sobre a sintomatologia e transmissibilidade da doença, e especificamente no caso em tela, das gestantes para o feto. Sendo assim, o seguimento da gestante deve sempre ser periódico por profissionais aptos tanto quanto aos sinais clínicos como aos sorológicos, pois há relação da SG com a SC nas mulheres que não realizaram triagem no pré-natal e/ou não foram conduzidas para tratamento adequado (PANDOVAN; DE OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

A atenção pré-natal e puerperal deve basear-se em ações que garantam a promoção e prevenção da saúde. A estruturação da rede de saúde e oferta do PN de qualidade, que garante o diagnóstico precoce e a realização do tratamento

adequado para evitar a transmissão da sífilis, está na agenda dos compromissos da APS, bem como nos demais níveis de atenção à saúde, sendo reafirmado a partir da Rede Cegonha¹. Assim, uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é essencial para o bem-estar materno e neonatal (FIGUEIRA-FILHO *et al.*, 2012).

Sendo assim, os resultados do estudo servirão como instrumento de análise dos serviços de saúde ofertados pela ESF de Maceió/AL e poderão contribuir com políticas públicas de saúde no controle da SG, bem como subsidiar gestores e profissionais de saúde em novas formulações de estratégias para a prevenção da doença.

1 Lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha é uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, [s.d.]).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os dados epidemiológicos da ESF nos casos de sífilis na gestação em Maceió/AL entre os anos de 2015 e 2020.

3.2 Objetivos específicos

1. Calcular a incidência de sífilis em gestantes/1000NV em Maceió/AL entre 2015 e 2020;
2. Identificar o índice de adequação do cuidado pré-natal realizado pela ESF entre 2015 e 2020;
3. Identificar o esquema de tratamento realizado para a sífilis em gestantes entre 2015 e 2020;
4. Identificar associações entre sífilis na gestação e os aspectos clínicos e sociais entre 2015 e 2020.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Sífilis como problema de Saúde Pública

A sífilis é um grande problema de saúde pública global e uma doença reemergente no Brasil. Apresenta um cenário inferior à transmissão vertical do HIV, mesmo com diagnóstico de baixo custo e de tratamento efetivo, além de ser um fator determinante para a elevação da morbimortalidade materna e perinatal (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

1/3 das gestantes infectadas e não tratadas de forma adequada podem perder seus fetos, enquanto outro 1/3 pode resultar em SC, gerando anomalias consequentes, lesões neurológicas e outras sequelas na criança. Porém, quando o problema é abordado de forma correta no pré-natal, tem potencial para reduzir sua incidência em até 0,5/1000 NV (ARAÚJO *et al.*, 2012).

As dificuldades de acesso ao pré-natal, juntamente com a insuficiência dos serviços de saúde e a não aplicabilidade dos protocolos preconizados quanto ao seguimento da gestante positiva, são fatores que contribuem para o insucesso do controle da SC (HILDEBRAND, 2010). A condução do caso e a notificação por profissionais aptos são essenciais para que haja investigação com investimento epidemiológico, primeiro passo para controlar a reemergência da sífilis (PANDOVANI; DE OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Nos últimos anos observa-se um aumento significativo dos casos de SG, que podem estar relacionados a fatores como o aumento da oferta do teste rápido, o aprimoramento do sistema de vigilância, a redução no uso do preservativo, a resistência dos profissionais à administração da penicilina, o desabastecimento mundial da penicilina e outros (ANDRADE *et al.*, 2019).

Nos países em desenvolvimento e em muitas regiões, a sífilis é umas das ISTs de maior magnitude e transcendência. Fatores determinantes e condicionantes de saúde influenciam populações mais vulneráveis, originando iniquidades no acesso ao serviço de qualidade, de modo que avançar no controle da SG continua sendo um desafio e uma obrigação constante na saúde pública (MACEDO, 2015).

Apesar de se apresentar como um problema de difícil resolução, quando há investimento maciço no seu controle, a exemplo de outras ISTs, como o HIV, é possível evitar a transmissão vertical.

4.2 Assistência ao pré-natal no cuidado à gestante com sífilis

Um dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal é a Sífilis na gestação com transmissão vertical. Se a gestante inicia esse cuidado após o primeiro trimestre de gestação, se é diagnosticada e tratada tardiamente ou se não é tratada, e se há falhas no cuidado para com ela e seu parceiro, é expressiva a necessidade de melhoria do pré-natal (DALLE, 2017; NUNES *et al.*, 2017).

A qualidade do PN pode ser apreciada por diferentes métodos: índices que avaliam a adequação e índices que medem o acesso ao programa; como parâmetro, utilizam o início do acesso, o número de consultas e a duração da gravidez. Entre os principais índices empregados no mundo destaca-se o proposto por Kessner *et al.* (1973), que define 03 categorias: pré-natal-adequado, intermediário e inadequado. Todavia, modificações foram realizadas ao longo do tempo para adaptá-los às realidades de cada população (VALE, 2020).

A título de exemplo, no Brasil o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, estabeleceu critérios próprios para adequação do cuidado PN, considerando adequado o início durante o primeiro trimestre da gestação e, no mínimo, 6 consultas no percurso. Além de informações sobre o acesso, a portaria estabelece um mínimo de exames laboratoriais e outros serviços que devem ser disponibilizados as gestantes (VALE, 2020).

Para a realização de diagnóstico e tratamento oportunos para a gestante, o exame de VDRL deve ser ofertado, assim como no momento do parto, para garantir o tratamento da criança (BRASIL, 2016a).

A finalização do tratamento da mãe deve ocorrer 30 dias antes do parto, intervalo mínimo para considerar o feto tratado (MARTINS, 2014; D'OLIVEIRA, 2019). Para um desfecho seguro, o seguimento e acompanhamento das gestantes tratadas devem ser com VDRL mensal. A queda da titulação deve ser monitorada pelos profissionais da saúde, pois a duração do período gestacional pode não ser suficiente para a sua negativação (ANDRADE *et al.*, 2016).

Em 2009, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.944, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e dentre as ações programáticas e estratégicas propostas estão a inclusão do pré-natal do parceiro, na perspectiva de qualificar a atenção à gestante, ao parto e ao nascimento.

O estímulo à paternidade consciente pode ser agrupado às ações de promoção e prevenção da SC, já que a captação do parceiro e/ou das parcerias sexuais consiste em um desafio para a APS nesse cuidado, pois envolve questões éticas, como relações afetivas extraconjugais e/ou com o mesmo sexo, além do grau de envolvimento social dos profissionais com a comunidade (BRASIL, 2016a).

4.3 Aspectos clínicos da sífilis

Quando infectada, uma gestante pode transmitir a sífilis intrauterina em 80% dos casos, sendo possível também no momento do parto vaginal. A infecção fetal é maior quando a mãe recebe a doença nos estágios primários e secundários e será influenciada pelo tempo de exposição do feto, que pode acarretar entre 30 a 50% de morte intrauterina, parto pré-termo ou morte neonatal (BRASIL, 2020d).

A sífilis é classificada em primária, quando apresenta uma média de 03 semanas de incubação e como manifestação clínica uma úlcera indolor, geralmente única, classificada como “cancro duro” (BRASIL, 2020d). A sífilis secundária ocorre após a cicatrização da lesão, em uma média de 6 semanas a 6 meses. Suas principais características são ulcerações cutâneas eritemato-acastanhadas frequentes nas genitais e que podem surgir nas regiões palmares e plantares. Com a evolução, condilomas planos podem ser confundidos com o HPV (BRASIL, 2020d).

O diagnóstico ocorre geralmente na fase latente, que pode ser dividida em recente (menos um ano de infecção) e tardia (mais de um ano de infecção). Os quadros são na maioria das vezes assintomáticos e a confirmação diagnóstica se dá com a reatividade dos exames diagnósticos. Já a sífilis terciária pode surgir entre 01 e 40 anos depois da infecção inicial, podendo acometer o sistema nervoso central e cardiovascular (BRASIL, 2020d).

Os testes sorológicos, principal forma de se diagnosticar a sífilis, são classificados em treponêmico (TPHA, FTA-Abs, Elisa) e não treponêmicos (VDRL, RPR). O mais utilizado no Brasil é o VDRL, cujos resultados são descritos qualitativamente em reagentes e não reagentes e quantitativamente em títulos de diluição 1:2, 1:32 etc. Para confirmação das infecções são utilizados testes treponêmicos qualitativos como o *Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption* (FTA-Abs), o *Treponema pallidum Hemagglutination* (TPHA) e o *Enzyme-Linked*

Immunosorbent Assay (Elisa), que podem torna-se reativos por toda a vida, mesmo após tratamento específico (BRASIL, 2020d; MESQUITA *et al.*, 2012).

Após o aparecimento da úlcera na fase primária, nas duas semanas seguintes o VDRL torna-se reativo e sua elevação na titulação geralmente é percebida na fase secundária. Quando o tratamento é adequado, os títulos tendem a, logo após, cair progressivamente, podendo permanecer baixos por longos períodos (MARTINS, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Os testes rápidos, também conhecidos como treponêmicos e imunocromatográficos, surgem como forma de aumentar a detecção e oportunizar o tratamento. O resultado é rápido, de no máximo 30 minutos, mas não permite diferenciar a infecção ativa e a previamente tratada. Devem ser ofertados às gestantes desde a primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre e no período periparto (ANSBRO *et al.*, 2015; DALLE, 2017) e estendidos aos casos de aborto, natimorto, exposição de risco e violência sexual (ANSBRO *et al.*, 2015).

Independente dos sinais e sintomas, com apenas um teste reagente a gestante já deve ser imediatamente tratada com penicilina, em virtude da situação epidemiológica atual, e ter registro em sua caderneta do pré-natal. Assegurando, dessa forma, a não realização de intervenções desnecessárias, que podem trazer riscos ao recém-nascido e à sua relação com a mãe (ANSBRO *et al.*, 2015; MARTINS, 2014; OLIVEIRA, 2016).

4.4 Tratamento

A penicilina G benzatina, disponível desde a década de 1940, é o único fármaco que trata adequadamente a gestante, dada sua capacidade de atravessar a barreira placentária e consequentemente tratar o feto. Os esquemas de tratamento dependerão da fase clínica no momento do diagnóstico e dos resultados dos exames (D'OLIVEIRA, 2019).

Para as fases primária, secundária e latente recente, é recomendada a dose única de 2,4 milhões UI², Intramuscular (1,2 milhão UI em cada glúteo), já nas fases terciária e latente tardia são 7,2 milhões de UI divididos em 2,4 milhões uma vez por semanas em três semanas consecutivas (PCDT, 2020).

² Unidades internacionais em farmacologia.

Para garantir a quebra da cadeia de transmissão, recomenda-se que as parcerias sexuais devem ser adequadamente tratadas no mesmo momento da gestante, com esquemas proporcionais à sua classificação clínica. Nos casos de exposição nos últimos 90 dias precedentes ao diagnóstico, mesmo com sorologias não reagentes, os mesmos devem ser tratados para evitar a reinfecção na gestante (D'OLIVEIRA, 2019). Quando tratada corretamente, as titulações do VDRL da gestante tendem a negativar entre 6 a 12 meses após o tratamento, como também tendem a permanecer baixas por muito tempo ou mesmo por toda a vida, caracterizando as cicatrizes sorológicas (BRASIL, 2016b).

O controle da cura, o monitoramento, deve ser processado com a solicitação mensal do VDRL, que, nas fases primária e secundária, tendem a diminuir. Se mantidos baixos e estáveis por duas vezes após um ano, pode ser dada a alta (BRASIL, 2016b).

Em algumas situações pode ser observada a inadequação do tratamento, seja pela escolha da droga, por incompatibilidade clínica terapêutica, tratamentos incompletos mesmo utilizando a penicilina benzantina e tratamentos estabelecidos até 30 dias antes do parto (MACEDO, 2015; MARTINS, 2014). Do mesmo modo, (re)tratamentos serão necessários e o profissional de saúde precisará tomar condutas ativas seguindo os protocolos.

Gestantes com sinais neurológicos e cardiovasculares devem receber esquemas especiais da penicilina, por via endovenosa, em hospitais, e aquelas com reação comprovada de alergia à droga devem ser direcionadas aos centros de referência para a dessensibilização (BRASIL, 2016b).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e de abordagem quantitativa.

Na pesquisa quantitativa, o pesquisador inicialmente parte de uma teoria ou um arcabouço estabelecido. A abordagem é tipicamente dedutiva — na qual a maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis, as relações entre elas são testadas e as evidências coletadas para testar ou avaliar se a teoria se confirma. Frequentemente, ainda quantifica relações entre as variáveis independentes ou preditivas e a variável dependente ou resultante. Num estudo retrospectivo, um evento ou fenômeno identificado no presente é conectado a fatores ou variáveis no passado. Os estudos descritivos são classificados como não experimentais, e os exploratórios são usados quando pouco é sabido sobre um fenômeno em particular. O pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenômeno (SOUZA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado a partir dos dados das notificações das unidades de saúde com a ESF do município de Maceió, localizado na região Nordeste no estado de Alagoas, Brasil. O município possui área territorial de 509.552 km² e população estimada de 1.025,360 habitantes (IBGE, 2020); é dividido em 51 bairros, sendo estes subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a oferta das ações e serviços à população. Em 2020 a cobertura da ESF era de 81 eSF, correspondendo a 25,73% da população (MACEIÓ, 2020). No mesmo ano na rede de serviços foram registrados n= 375 casos de sífilis em gestantes (SG), sendo n= 123 na ESF (MACEIÓ, 2021).

5.3 Coleta de dados

O levantamento dos dados nos sistemas de informação em saúde ocorreu por meio de variáveis socioculturais, demográficas e clínicas — como idade, raça/cor, escolaridade, assistência ao pré-natal, esquema de tratamento da gestante, trimestre do diagnóstico, classificação clínica, teste não treponêmico, teste treponêmico, titulação do VDRL no diagnóstico e fonte de notificação dos casos de sífilis na gestação. Do(s) parceiro(s), as variáveis: tratamento realizado ou não, esquema de tratamento e o motivo para o não tratamento.

Outra etapa consistiu na execução e catalogação das informações epidemiológicas disponíveis no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)/ Vigilância Epidemiológica (VE)/Maceió, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)/VE/Maceió, Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab)/DataSUS e Boletins da Vigilância em Saúde — que ocorreu no segundo semestre de 2021 e no primeiro semestre de 2022, referente ao número de notificações de sífilis em gestantes registrados no município de Maceió, nas unidades com eSF, durante os anos de 2015 a 2020;

5.4 Matriz de análise

5.4.1 Tratamento dos dados

O cálculo dos coeficientes de cuidados de pré-natal realizados de forma adequada foi feito por meio do número de diagnósticos no 1º trimestre, por ano-base e local de residência, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicado pela constante 1000.

O cálculo dos coeficientes de cuidados de pré-natal realizados de forma inadequada foi feito por meio do número de casos de pré-natal realizados no 2º e 3º trimestre, por ano-base e local de residência, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicados pela constante 1000.

Os coeficientes de detecção de SG foram obtidos pela razão entre o número de gestantes notificadas com sífilis em Maceió e o número de nascidos vivos no mesmo ano e local, multiplicado pela constante de 1.000 nascidos vivos.

Para análise da correlação entre os aspectos clínicos e o tratamento da gestante e do parceiro (realização de tratamento, esquema prescrito e motivos do não tratamento), bem como dos aspectos sociais (raça/cor, idade e escolaridade), com a detecção dos casos, e da detecção com a cobertura da ESF, foram construídos gráficos e tabelas. A correlação de Spearman foi aplicada como teste estatístico com o propósito de verificar a relação entre cobertura da ESF e coeficientes de incidência de SG, bem como cobertura da ESF e as taxas dos dados de aspectos clínicos e sociais no cuidado pré-natal em Maceió, por cada ano do estudo. Ademais, também foi realizado o cálculo das correlações entre novos casos de SG considerados com pré-natal adequado (diagnósticos realizados no 1º trimestre) e inadequado (diagnósticos realizados no 2º ou 3º trimestre), com as variáveis socioeconômicas supracitadas.

Além disso, foram calculadas as razões de incidências acumuladas, ou seja, as razões das taxas (RT) dos indicadores entre os dois extremos da série. O tratamento estatístico e as análises dos dados foram realizados por meio dos programas Microsoft® Excel 2016 e Jasp 0.16.3, considerando os valores de $p < 0,05$ como estatisticamente significantes para todos os testes estatísticos.

5.4.2 Aspectos éticos

Em sua realização, este estudo seguiu as recomendações das Resoluções Nº 466/2012, Nº 510/2016 e Nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como os estudos desenvolvidos no âmbito do SUS. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), com o CAAE 52938821.6.0000.5013

6 RESULTADOS

Os resultados deste Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM) se deram com a elaboração de 3 produtos: dois artigos e um guia rápido para profissionais de saúde (material didático); o primeiro artigo decorrente da análise dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde, enquanto o segundo caracterizou-se como um artigo de revisão de literatura sobre o tema.

6.1 Artigo: análise dos Sistemas de Informação em Saúde

Sífilis na gestação e a atuação da Estratégia Saúde da Família: uma análise no município de Maceió, Alagoas, Brasil nos anos de 2015 a 2020

Resumo: objetivo - analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos casos de sífilis gestacional em Maceió, Alagoas. Método - estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa que avaliou 515 gestantes notificadas no Sinan entre 2015 e 2020. O tratamento se deu por meio de estatística descritiva dos dados dos sistemas de informação em saúde e a correlação de Spearman foi aplicada como teste estatístico com o propósito de verificar a relação entre cobertura da ESF e coeficientes de incidência de SG, bem como cobertura da ESF e as taxas dos dados de aspectos clínicos e sociais no cuidado pré-natal por cada ano do estudo. Resultados - observou-se um aumento crescente na incidência de 2,12 casos/1000NV para 8,97 casos/1000NV. A raça/cor predominante foi a parda e a faixa etária entre 20 e 29 anos. A forma clínica primária 192 (37,28%) surge em maior registro e o tratamento foi considerado inadequado. Apenas 173 (33,53%) parceiros foram tratados e o PN teve início tardio em 328 gestantes (63,69%). Conclusão - há fragilidade na atuação da ESF nos casos de sífilis na gestação quanto à adequação do cuidado pré-natal. Gestantes iniciaram o PN tardio e tiveram tratamento inadequado, pontos que poderiam ter sido sanados com o manejo adequado da gestante.

Palavras-chave: Sífilis. Gestação. Transmissão vertical. Assistência pré-natal. Estratégia Saúde da Família.

Abstract: objective - to analyze the performance of the Family Health Strategy (ESF) in cases of gestational syphilis in Maceió, Alagoas. Method - descriptive-exploratory study with a quantitative approach that evaluated 515 pregnant women notified on SINAN between 2015 and 2020. The analysis was through coefficients, ratios, correlations, graphs and tables, related to data from health information systems. Spearman's correlation was applied as a statistical test with the purpose of verifying the relationship between ESF coverage and OS incidence coefficients, as well as ESF coverage and rates of data on clinical and social aspects of prenatal care for

each year of the study. Results - there was a growing increase in incidence from 2.12cases/1000LB to 8.97cases/1000LB. The primary clinical form 192(37.28%) appears in greater records and the treatment was considered inappropriate. Only 173 (33.53%) partners were treated and PN started late in 328 pregnant women (63.69%). Conclusion - there is weakness in the performance of the ESF in cases of syphilis during pregnancy regarding the adequacy of prenatal care. Pregnant women started PN late and had inadequate treatment, which could have been remedied with proper management of the pregnant woman.

Keywords: Syphilis. Vertical Pregnancy. Transmission. Prenatal care. Family Health Strategies.

6.1.1 Introdução

A sífilis, também conhecida como causa de perda fetal, continua sendo uma situação de difícil controle. Nas capitais brasileiras, fatores constituintes do quadro atual de SG e SC possivelmente decorrem da cobertura da APS e do acesso e capacidade do PN (BENZAKEN *et al.*, 2019).

A ampliação do acesso, no âmbito da ESF, ao PN aprimorado, adequado e estruturado é uma iniciativa relevante, com resultados impactantes na redução da mortalidade materna e infantil (SACARENI; MIRANDA, 2012).

A ESF, por ser um modelo organizador do cuidado e do fortalecimento da APS no Brasil, tem um importante papel nessa prevenção e controle (SILVA *et al.*, 2014). Para tanto, os profissionais que realizam o acompanhamento das gestantes devem estar comprometidos e capacitados com a qualidade da assistência para redução da SG (GONG *et al.*, 2019).

Dados estatísticos demonstram que os casos de sífilis na gestação precoce não tratada resultam 40% em aborto espontâneo; em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação a criança nasce com SC, em comparação com 70% a 100% das não tratadas. Na ausência de tratamento, considera-se que 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN com sinais sugestivos de SC (BRASIL, 2020).

A inadequação do tratamento, quando resulta em SC, pode gerar consequências como anomalias, lesões neurológicas e outras sequelas na criança. Contudo, quando o problema é abordado de forma correta no PN, tem potencial para reduzir sua incidência para até 0,5/1000 NV (DOMINGUES *et al.*, 2016).

Orientações globais lançadas pela OMS para reduzir a SC para ≤ 5 casos por 1000 NV retratam coberturas $\geq 95\%$ de cuidado PN em nível populacional para mulheres, testagem rápida para a sífilis em gestantes e de tratamento. Tais orientações almejam, assim, minimizar a proporção de mulheres grávidas com terapêuticas de insucesso e dificultar efeitos impróprios da gravidez (ARAÚJO *et al.*, 2012).

O único local possível para redução desses riscos, considerando a triagem sorológica e o tratamento adequado da gestante e do parceiro, é o momento do PN. Mas mesmo entre as mulheres que o realizam, muitas são as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento (MACÊDO *et al.*, 2020).

Portanto, a captação precoce da gestante e o aconselhamento, as intervenções educacionais, as solicitações e realizações de exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempo oportuno e as condutas terapêuticas assertivas para a gestante podem remover, entre outras questões, os impedimentos para realização de um PN adequado (MACÊDO *et al.*, 2020).

Este artigo teve como o objetivo analisar os dados epidemiológicos da ESF de Maceió nos casos de sífilis na gestação, correlacionando as características das mulheres com a adequação ao pré-natal, com foco no diagnóstico e tratamento. A estratégia para conhecimento e tomada de decisões para o controle da infecção tomou como base os dados dos sistemas de informação em saúde.

6.1.2 Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir dos dados das notificações das unidades de saúde com a ESF do município de Maceió, localizado na região Nordeste no estado de Alagoas, Brasil.

O município possui área territorial de 509.552km² e população estimada de 1.012.382 habitantes (IBGE, 2018), estando dividido em 51 bairros, sendo estes subdivididos em 08 (oito) DS, de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS para a oferta das ações e serviços à população. Em 2020 a ESF era composta por 81 eSF, que realizavam a cobertura de 25,73% da população (MACEIÓ, 2020); no mesmo ano na rede de serviço foram registrados n= 375 casos de SG, sendo n= 123 na ESF (MACEIÓ, 2021).

O levantamento dos dados nos sistemas de informação em saúde ocorreu por meio das variáveis socioculturais, demográficas e clínicas — como idade, raça/cor, escolaridade, assistência ao pré-natal, esquema de tratamento da gestante, trimestre do diagnóstico, classificação clínica, teste não treponêmico, teste treponêmico, titulação do VDRL no diagnóstico e fonte de notificação dos casos de sífilis na gestação. Do(s) parceiro(s), as variáveis: tratamento realizado ou não, esquema de tratamento e o motivo para o não tratamento.

Para a coleta de dados foi executada a catalogação das informações epidemiológicas disponíveis no Sinan/VE/Maceió, Sinasc/VE/Maceió, Sisab/DataSUS e Boletins da Vigilância em Saúde — que ocorreu no segundo semestre de 2021 e no primeiro semestre de 2022, referente ao número de notificações de sífilis em gestantes registrados no município de Maceió, nas unidades com ESF, entre os anos de 2015 e 2020 —, e então efetuada a análise estatística.

O cálculo dos coeficientes de cuidados de pré-natal realizados de forma adequada foi feito por meio do número de diagnósticos no 1º trimestre, por ano-base e local de residência, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicado pela constante 1000.

O cálculo dos coeficientes de cuidados pré-natal realizado de forma inadequada foi feito por meio do número de casos de pré-natal realizados no 2º ou 3º trimestre por ano-base e local de residência, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo local e ano, multiplicados pela constante 1000.

Os coeficientes de detecção de SG foram obtidos pela razão entre o número de gestantes notificadas com sífilis em Maceió e o número de nascidos vivos no mesmo ano e local, multiplicada pela constante de 1000 nascidos vivos.

Para análise da correlação entre os aspectos clínicos e o tratamento da gestante e do parceiro (realização de tratamento, esquema prescrito e motivos do não tratamento), os aspectos sociais (raça/cor, idade e escolaridade) com a detecção dos casos e a detecção e a cobertura da ESF foram construídos gráficos e tabelas. A correlação de Spearman foi aplicada como teste estatístico, com o propósito de verificar a relação entre a cobertura da ESF e os coeficientes de incidência de SG, bem como entre a cobertura da ESF e as taxas dos dados de aspectos clínicos e sociais no cuidado pré-natal em Maceió, por cada ano do estudo. Ademais, também foi realizado o cálculo das correlações entre novos casos de SG

considerados com pré-natal adequado (diagnósticos realizados no 1º trimestre) e inadequado (diagnósticos realizados no 2º ou 3º trimestre) com as variáveis socioeconômicas supracitadas.

Além disso, foram calculadas as razões de incidências acumuladas, ou seja, as RT dos indicadores entre os dois extremos da série. O tratamento estatístico e as análises dos dados foram realizados pelos programas Microsoft® Excel 2016 e Jasp 0.16.3, considerando os valores de $p < 0,05$ como estatisticamente significantes para todos os testes estatísticos.

6.1.3 Resultados

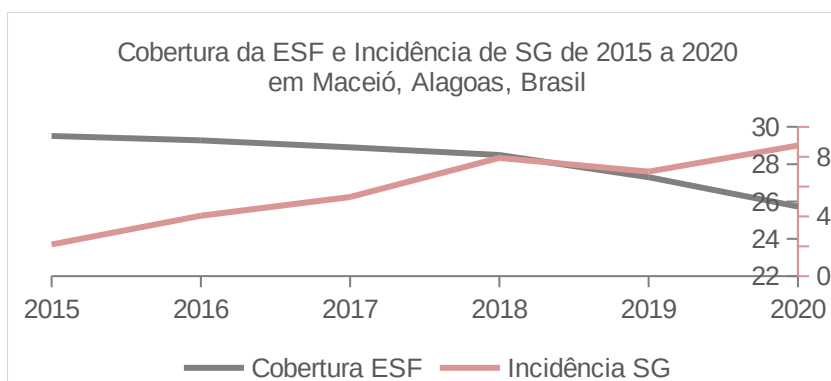
No período avaliado, de 2015 a 2020, foram notificados 1.662 casos de SG na rede de assistência do município de Maceió, 515 (30,99%) notificados por unidades com ESF, sendo em 2015 (n= 34), 2016 (n= 57), 2017 (n= 77), 2018 (n= 120), 2019(n=103) e 2020 (n= 124). Os percentuais em relação ao total de casos da rede de assistência oscilaram de 41,77% em 2015, movimento seguido de queda para a média de 27,82% nos três anos consecutivos e de elevação, em 2020, para 32,89%. Para a incidência, houve um aumento crescente, de 2015 para 2020, de 2,18 casos/1000NV a 9,04 casos/1000NV respectivamente (PAINEL 1).

PAINEL 1 – Cobertura ESF e coeficiente de detecção de SG por 1.000 nascidos vivos, de 2015 a 2020, em Maceió/AL, Brasil

Ano	Cobertura ESF	Nº de Casos de Sífilis	Nascidos Vivos	Coeficiente de detecção de SG
2015	29,51	34	15572	2,18
2016	29,27	57	14118	4,04
2017	28,9	77	14532	5,3
2018	28,49	120	15027	7,98
2019	27,3	103	14577	7
2020	25,73	124	13711	9,04
Razão das Taxas*				4,13

Fonte: Alagoas, Brasil.

* O produto da razão das taxas foi obtido pela razão do coeficiente de detecção de 2020 pelo coeficiente de 2015.



A iniciação ao PN junto a 328 gestantes (63,69%) se deu entre o segundo e o terceiro trimestres, para o primeiro trimestre totalizaram 173 (35,59%). Esse acesso, quando relacionado ao número de nascidos vivos com o cuidado PN, foi de 50,1% (Tabela 1).

TABELA 1 – Coeficiente de pré-natal adequado e inadequado de SG por 1.000 nascidos vivos, de 2015 a 2020, em Maceió, Alagoas, Brasil

Ano	Pré-natal adequado		Pré-natal inadequado	
	1ºTri	Coeficiente	2ª e 3º tri	Coeficiente
2015	8	0,51	25	1,61
2016	17	1,2	40	2,83
2017	21	1,45	52	3,57
2018	45	2,99	73	4,79
2019	31	2,13	70	4,73
2020	51	3,71	74	5,2

Fonte: Alagoas Brasil.

No quesito raça/cor, o perfil das mulheres revelou uma prevalência de pardas (287 ou 55,73%), seguidas de brancas (95 ou 18,45%) e pretas (90 ou 17,48%), enquanto as amarelas e indígenas somaram 18 (3,50%). E para essa variável, houve melhora expressiva nos registros do Sinan, com apenas 25 (4,85%) ignorado (Tabela 2).

TABELA 2 – Dados sociodemográficos das gestantes notificadas com sífilis em Maceió/AL, 2015 a 2020

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)		
≤ 19	156	30,29
20 -29	277	53,79
> 30	82	15,92
Raça		
Branca	95	18,64
Não Branca	395	76,70
Ignorado	25	4,85
Escolaridade		
Estudou até Ensino fundamental	236	45,83
Ensino médio e Ensino superior	117	22,72
Ignorado e s/informação	162	31,46

Fonte: Sinan/Alagoas.

As faixas etárias predominantes eram de mulheres entre 20 e 29 anos (277 ou 53,79%) e as adolescentes (156 ou 30,29%). A menor idade registrada das gestantes infectadas foi de 13 anos n= 2 e a maior de 49 anos n=1. Quanto às ocupações, 187 eram do lar (36,12%) e 39 estudantes (7,52%).

Em relação à escolaridade, 114 (22,09%) delas tinham ensino da 5ª a 8ª série. Sendo que, se avaliarmos em anos de estudo, 236 (45,83%) delas cursaram da 1ª a 8ª série. Apenas 11 (2,13%) cursaram o ensino superior e o analfabetismo ainda estava presente em 8 (1,55%) delas, exceto nos anos de 2017 e 2019.

Quanto ao tratamento predominante para a gestante, o esquema de 7200UI de penicilina benzantina, recomendado para sífilis latente tardia e sífilis terciária, estava prescrito para 368 (71,46%) das gestantes. O esquema dose única de 2400UI estava recomendado para a sífilis primária e latente recente em 76 (14,76%). Receberam o esquema 4800UI recomendado para a sífilis secundária 30 (5,83%) gestantes.

Outros esquemas de tratamentos também foram ofertados para 6 (1,17%) casos. Em 2016 e 2017, 5 (0,97%) delas não realizaram o tratamento e para 30 (5,83%) a informação foi ignorada (Tabela 3).

TABELA 3 – Análise da assistência pré-natal das gestantes notificadas com sífilis em Maceió/AL de 2015 a 2020

Variáveis	n	%
Idade gestacional à notificação (trimestre)		
Primeiro	173	35,59
Segundo	219	42,52
Terceiro	109	21,17
Ignorado	14	2,72
Classificação Clínica da sífilis		
Primária	192	37,28
Secundária	55	10,69
Latente	73	14,17
Terciária	22	4,27
Ignorado/sem informação	173	33,59
Tratamento Prescrito Gestante		
Penicilina G Benzantina 2400UI	76	14,76
Penicilina G Benzantina 4800UI	30	5,83
Penicilina G Benzantina 7400UI	368	71,46
Outro Esquema	6	1,17
Não Realizado/ign	35	6,80
Tratamento Concomitante		
Sim	173	33,59
Não/Ign	342	66,41

Fonte: Sinan/Alagoas.

Para o tipo de tratamento do parceiro, observou-se semelhança ao da gestante, sendo o esquema de 7200UI predominante, com 131 (25,39%) prescrições. Em 54 (10,47%) deles, o esquema prescrito foi a dose única de 2400UI

e em 12 (2,33%) o de 4800UI. Os que não realizaram o tratamento somaram 188 (36,43%) e para 7 (1,37%) o tipo foi outro esquema. O ignorado/branco e o sem informação corresponderam a 123 (23,9%).

Já a concomitância do tratamento do parceiro com a gestante se deu em 173 (33,53%) situações, ao mesmo tempo em que a não realização em 248 (48,06%). Os ignorados e sem informação somaram 94 (18,25%), sendo um percentual mais elevado em 2019 e 2020, com 47 (9,13%) registros.

Na categoria o motivo para o não tratamento do parceiro, em 313 (60,78%) notificações não há informação, o que inviabiliza uma avaliação mais precisa. Os que não tiveram mais contato com as gestantes totalizaram 60 (11,65%), os convocados que recusaram e/ou não compareceram, 47 (9,13%). Motivos como estar viajando, ter sido assassinado, teste rápido negativo, morar em outro município, não viver mais com o parceiro, aguardando resultado de exames, dentre outros, foram 52 (10,10%). Para 36 (6,99%) deles a sorologia foi não reagente e 5 (0,97%) não foram comunicados pela eSF.

Para a forma clínica diagnosticada à gestante, houve predominância da primária 192 (37,28%), seguida da latente 73 (14,17%) e da secundária 55 (10,69%). Apenas 22 (4,27%) foram registradas como terciária e as sem informação e/ou ignorado totalizaram 173 (33,59%). A relação entre classificação clínica e esquema prescrito está expressa na tabela 4.

TABELA 4 – Relação entre classificação clínica e esquema de tratamento acerca de sífilis gestacional, de 2015 a 2020, em Maceió/AL, Brasil

Classificação Clínica / Esquema de tratamento	Primária		Secundária		Terciária		Latente		Ignorada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - 2400UI	45	23,4	6	10,9	1	4,5	5	6,8	19	11,0
2 - 4800 UI	11	5,7	7	12,7	0	0	3	4,1	9	5,2
3 - 7.200UI	123	64,1	41	74,5	19	86,4	64	87,7	122	70,5
4 - Outro esquema	4	2,1	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	0,6
5 - Não Realizado	2	1,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	0,6
9 - Ignorado	7	3,6	1	1,8	0	0,0	1	1,4	21	12,1
Total	192	100,0	55	100,0	22	100,0	73	100,0	173	100,0

Fonte: Alagoas, Brasil.

Quanto ao diagnóstico laboratorial para confirmação da sífilis no PN, o teste treponêmico foi ofertado para 437 (84,85%) casos. Os resultados dos exames foram não reagentes em 15 (2,91%) e reagentes em 422 (81,94%), sendo este um crescimento significativo de 24 a 117 registros nos anos de 2015 a 2020. Os não realizados, sem informação e ignorados totalizaram 78 (15,15%). E para a agilidade no diagnóstico, o percentil variou de 59,65% a 95,34%.

Realizaram o teste não treponêmico durante o pré-natal 283 (54,95%), dos quais 264 (93,29%) apresentaram positividade. 103 (20%) não realizaram o teste e os ignorados somaram 129 (25,04%), estando em 2018 e 2020 o maior crescimento nos registros, com ênfase no ano de 2020. Apenas 19 (3,68%) grávidas tinham sorologia não reagente. A titulação do VDRL no diagnóstico variou de 1:1 a 1: 1128, sendo ≤ 8 em 97 gestantes notificadas (18,83%) e > 8 em 173 (33,59%). Todavia, 229 (44,47%) estavam sem informação.

Variáveis com correlação de Spearman significativa (p Valor $< 0,05$), além do seu coeficiente positivo ou negativo, foram avaliados. A cobertura de ESF de Maceió/AL apresentou correlação negativa com a Incidência de Sífilis Gestacional (-0,943; $p:0,017$), com o diagnóstico de sífilis latente (-0,886; $p:0,033$), com o tratamento de 7200UI (-0,886; $p:0,033$), com a realização do teste treponêmico reagente (-0,943; $p: 0,017$) e com outro motivo para o tratamento do parceiro (-0,886; $p: 0,033$), conforme a tabela 5.

TABELA 5 – Variáveis relacionadas à SG com correlação de Spearman significativa (p Valor $< 0,05$) em comparação à cobertura da ESF, de 2015 a 2020, em Maceió

Variáveis	Coeficiente de Spearman	pValor
Incidência de Sífilis Gestacional	-0,943	0,017
Tratamento realizado com 7200UI	-0,886	0,033
Estágio do diagnóstico de sífilis- Sífilis latente	-0,886	0,033
Confirmação por teste treponêmico no PN - Reagente	-0,943	0,017
Confirmação treponêmico no PN – Não realizado	0,943	0,017
Confirmação por teste não-treponêmico no PN – Não realizado	0,886	0,033
Realização de confirmação por teste não-treponêmico no PN – Ignorada	-0,886	0,033
Realização de tratamento no parceiro – Ignorado	-0,943	0,017
Tratamento prescrito para o parceiro – Ignorado	-0,886	0,033
Motivo para não tratamento do parceiro – Outro motivo	-0,886	0,033

Fonte: Alagoas, Brasil.

Associações positivas ocorreram entre a confirmação treponêmica no PN não realizado (0,943: $p=0,017$) e confirmação por teste não treponêmico no PN não realizado (0,886: $p=0,033$).

Na correlação do PN adequado com a variável cor, a não branca apresentou maior significância. Quanto à escolaridade, houve semelhança em ter ou não mais de 8 anos de estudos. Já com o pré-natal inadequado, ter até 8 anos de estudos e cor não branca foram mais significantes (tabelas 6 e 7).

TABELA 6 – Variáveis relacionadas à SG em gestantes com pré-natal adequado com correlação de Spearman significativa ($p\text{Valor} < 0,05$) em comparação aos casos novos de SG, de 2015 a 2020, em Maceió/AL, Brasil

Variável	Coeficiente de Spearman	p-value
Escolaridade - Até 8 anos	0.986	< .001
Escolaridade - Mais 8 anos	0.986	< .001
Escolaridade - Ignorada	0.943	0.017
Cor - Branca	0.771	0.103
Cor - Não Branca	1000	0.003
Cor - Ignorada	0.736	0.096

Fonte: Alagoas, Brasil.

TABELA 7 – Variáveis relacionadas à SG em gestantes com pré-natal inadequado com correlação de Spearman significativa ($p\text{Valor} < 0,05$) em comparação aos casos novos de SG, de 2015 a 2020, em Maceió/AL, Brasil

Variável	Coeficiente de Spearman	p-value
Escolaridade - Até 8 anos	0.714	0.136
Escolaridade - Mais 8 anos	0.928	0.008
Escolaridade - Ignorada	0.812	0.050
Cor - Branca	0.559	0.249
Cor - Não Branca	1000	0.003
Cor - Ignorada	0.493	0.321

Fonte: Alagoas, Brasil.

6.1.4 Discussão

Os resultados deste estudo demonstram fragilidades na atuação da ESF nos casos de SG e a doença como um contínuo problema de saúde pública. A incidência crescente, mesmo abaixo da média nacional, que em 2020 foi de 21,6/1000NV

(BRASIL, 2021), dificulta o alcance da meta global de redução da SC em até 0,5/1000 NV (HILDEBRAND, 2010).

A correlação negativa da Incidência de Sífilis Gestacional com a cobertura da ESF sugere que os maiores índices de SG relacionam-se à baixa cobertura, contudo, situações relacionadas ao aumento no número nas notificações e ao manejo dos casos devem ser consideradas (DOMINGUES *et al.*, 2016).

Ações estratégicas como a ampliação da ESF e a implantação do teste rápido são concomitantemente associadas ao crescimento das taxas de detecção de SG, contrapondo a relação anterior. No entanto, as constantes modificações das políticas públicas de saúde visando esse fortalecimento têm influenciado esse indicador (RONCALL *et al.*, 2021) — o que pode ter favorecido o aumento da incidência na ESF de Maceió.

Quanto ao pré-natal, este foi considerado tardio, uma vez que a maioria iniciou entre o segundo e o terceiro trimestres, resultando em uma inadequação maior que a adequação, quando comparados anualmente. Segundo a OMS, o PN tardio é uma das barreiras para o controle da SG pelas possibilidades de menor número de consultas e menor realização de exames preconizados (DOMINGUES *et al.*, 2016).

Tanto no PN adequado quanto no inadequado, quando relacionados à gestação das mulheres com baixa escolaridade, observou-se uma relação *positiva significativa*, podendo estar associada a uma melhoria nas políticas de incentivo de frequência escolar, que vêm aumentando ao longo dos tempos. Assim como a melhora da atuação da ESF na captação precoce da gestante, que em Maceió está implantada em maior proporção nas populações de vulnerabilidade social.

O perfil de mulheres pardas e pretas, com a idade jovem (DOMINGUES *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2019; LAFETÁ *et al.*, 2016) e baixa escolaridade < 8 anos de estudo (BENZAKEN *et al.*, 2019; DALLA COSTA FÁVERO *et al.*, 2019) se assimila a outras pesquisas no Brasil. Vale a reflexão que, no contexto das questões sociais do país, essa vulnerabilidade caracteriza possíveis dificuldades de acesso ao serviço e à informação, dificultando a compreensão do cuidado pré-natal adequado para a sífilis e, conseqüentemente, o controle dessa cadeia.

A inadequação do tratamento da gestante foi outro ponto relevante nesta análise, visto que a totalidade dos casos terciários, latentes e ignorados não foi compatível com as doses prescritas de 7200UI. Um estudo do Nordeste brasileiro

apresentou resultados que reforçam esse quesito, com os profissionais de saúde tendo apresentado baixo conhecimento acerca dos protocolos assistenciais, bem como dificuldades na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, o que repercutiu no tratamento inadequado (MACÊDO *et al.*, 2020).

A correlação negativa do tratamento realizado para a sífilis latente com a cobertura da ESF pode estar relacionada a uma menor capacidade de diagnóstico precoce e à dificuldade na abordagem na fase inicial, expressiva quando há falhas no cuidado com a gestante e seu parceiro (DALLE *et al.*, 2013).

No Rio de Janeiro, em um estudo com 102 profissionais que atendem no pré-natal, sendo aproximadamente 70% médicos e 30% enfermeiros, no qual foram abordados vários aspectos da conduta da gestante com sífilis observou-se que profissionais com mais acesso a treinamentos obtiveram melhores resultados, sendo estes discretos na melhoria das condutas assistências (DOMINGUES *et al.*, 2013).

A dificuldade de abordagem na fase inicial da doença também reflete no tratamento realizado, de forma que fica evidente a correlação negativa do tratamento de 7200UI com a cobertura da ESF, tratamento esse indicado para a forma terciária, latente (com mais de um ano) ou desconhecida.

De acordo com o MS, o tratamento para sífilis terciária ou latente tardia deve ser administrado nos casos com impossibilidade de se conhecer a história prévia de tratamento adequado ou na indefinição do estágio da doença (CARDOSO *et al.*, 2016).

O fato de ter outros esquemas prescritos também reforça essa análise, visto que a penicilina, a única droga que atravessa a barreira placentária, não foi ofertada. A inadequação leva a desfechos desfavoráveis para o feto, como abortamento, parto prematuro e baixo peso ao nascer (DE ARAÚJO *et al.*, 2021; ROEHRS *et al.*, 2020). Quando usada adequadamente, a penicilina previne 97% da transmissão vertical (RONCALL *et al.*, 2021).

A OMS considera como indicador síntese do processo assistencial a proporção de gestantes infectadas e tratadas com pelo menos uma dose de penicilina benzantina até a 24ª semana gestacional (DOMINGUES *et al.*, 2016).

O protocolo nacional destaca a segurança da administração da penicilina benzantina na unidade de saúde, preconizando que esteja disponível e seja aplicada no momento da consulta até mesmo se um teste treponêmico reagente, visando assegurar o tratamento precoce e intervenções desnecessárias que possam vir a

trazer risco ao RN e sua mãe (BRASIL, 2020). No entanto, há resistência profissional e até recusa em administrá-la (OLIVEIRA GUANABARA *et al.*, 2017), outro possível fator relacionado a essa inadequação.

Quanto à adesão do tratamento do parceiro, esta é baixa e não diverge da literatura, mas os resultados são melhores que em muitas pesquisas onde os percentis não ultrapassam 20% (LOPES *et al.*, 2019; ROEHRS *et al.*, 2020; OLIVEIRA GUANABARA *et al.*, 2017; SUTO *et al.*, 2016).

A associação negativa da variável outro motivo com a cobertura da ESF enfatiza a necessidade de ações efetivas para facilitar o acesso desse público aos serviços de saúde. Por outro lado, um dos motivos mais citado foi a falta de vínculo do serviço de saúde com a gestante, e para mais da metade dos casos não havia informação, o que fragiliza a precisão da análise.

O tratamento do parceiro não é mais considerado para avaliar a adequação do tratamento materno (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019). No entanto, este tem sido associado ao aumento dos casos de SC (LOPES *et al.*, 2019) e citado como principal entrave para o seu controle (SUTO *et al.*, 2016). É importante manter o cuidado com o pré-natal do parceiro, evitando a reinfeção da gestante e novos casos de IST na população, uma vez que o estímulo à paternidade consciente pode ser agrupado às ações de promoção e prevenção da SC (HERMANN, 2016).

Quanto ao acesso ao teste treponêmico como meio de diagnóstico, há aquelas que mesmo notificadas como sífilis tiveram exames não reagentes no período analisado, o que o pode estar relacionado a uma infecção recente.

Houve um crescimento na oferta desse exame, sendo de aproximadamente 96% e a positividade de 92 % em 2020, uma resposta positiva do estudo. O qual qualifica e amplia as ações de proteção a saúde reafirmadas pela rede cegonha, sem esgotar a carência de recursos na APS, que deve ser resolutiva e de alta qualidade, permitindo um parto de RN saudável e sem impactos para a saúde materna (BAGATINI *et al.*, 2016).

Em se tratando do teste não treponêmico, embora a realização tenha ocorrido em mais de 80%, pelo fato de não atingir a todas as gestantes, confere uma oportunidade perdida de diagnóstico oportuno e risco fetal. Se analisarmos, em 2020 o número de não realizados foi superior aos anos anteriores, podendo ser reflexo da pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) e da dificuldade de acesso a exames laboratoriais.

Apesar de pequeno o número de gestantes com sorologia não reagente no período, estas podem ter sido tratadas pelo teste rápido treponêmico, ficando a indagação se não foram tratadas cicatrizes sorológicas. O MS preconiza que seja ofertado na rotina o exame na primeira consulta de PN, por volta da 27ª semana gestacional, e no momento do parto. Nos casos positivos, para critério de acompanhamento, este deve ser mensal (BRASIL, 2020).

A titulação do VDRL ≤ 8 , que caracteriza uma sífilis tardia, foi menor identificada que titulações > 8 que caracteriza uma sífilis recente, indo de encontro com a classificação clínica primária em 1/3. No entanto, há mais de 40% das notificações sem informação, algo que limita a comparação.

Altas titulações ≥ 8 também foram encontradas no sul do Brasil, em 53,4% dos tratamentos inadequados das gestantes, e as chances de os RN apresentarem desfecho desfavorável era duas vezes maior nas pacientes com titulações ≥ 8 (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Na China, em Guangzhou, o cenário é similar, com os casos adversos mais comuns nessa titulação (LIU *et al.*, 2019).

Um maior risco de infecção fetal fica evidente, se estimar que o agente etiológico da sífilis é dependente do estágio da infecção materna, aqui mais evidente na forma clínica de classificação primária, caracterizada por uma infecção recente que, associada à idade gestacional entre o primeiro e segundo trimestre da gestação, repercute em maior transmissão vertical (MACHEFSKY *et al.*, 2021).

Os resultados em geral da pesquisa não diferem da realidade do país e de algumas partes do mundo, mesmo com toda a diversidade regional. No Brasil o percentual de gestantes que não realizou o tratamento ou o fez de maneira inadequada ultrapassa 80% dos casos (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019). E nos Estados Unidos as mulheres não tratadas estão mais propensas a essas realidades (MACHEFSKY *et al.*, 2021).

Em Shenzhen, na China, que possui características de desenvolvimento humano semelhantes à Maceió/AL, após a implantação de um programa de prevenção vertical em 2002, através do qual as mulheres tiveram acesso ao teste sorológico na primeira consulta e houve um compromisso dos vários níveis de saúde e orientação governamental, as taxas de detecção aumentaram de 89,8% para 97,4%, os resultados adversos caíram de 27,3% para 8,2% e as incidências de SC diminuíram de 115/100.000NV para 10/100.000 em um intervalo de 9 anos (HONG *et al.*, 2014), reforçando a importância da prioridade da SG na agenda do gestor.

Assim, fatores como a captação da gestante no primeiro trimestre, disponibilidade e aplicação da penicilina benzantina na unidade de saúde, capacidade dos profissionais de saúde no manejo dos casos e a estruturação da rede de serviços com oferta oportuna são ações estratégicas que devem ser repensadas como potências para o controle da SG pela ESF.

O estudo possui limitações por usar dados secundários e pelo quantitativo de variáveis registradas de forma imprecisa — o que pode, em parte, não refletir algumas situações — e os achados nele expostos não podem ser extrapolados do nível ecológico para o individual. No entanto, contribui para reforçar a importância do preenchimento adequado da notificação e melhores elucidações da situação epidemiológica do agravo para planejamento e políticas públicas mais assertivas.

A disponibilidade dos dados em nível municipal possibilitou a análise que pode contribuir para examinar políticas públicas estabelecidas e suas interações, assim como monitorar e referenciar para a necessidade de mudanças de rota de algumas ações, tal como novos processos.

6.1.5 Conclusão

Há fragilidade na atuação da ESF nos casos de sífilis na gestação quanto à adequação do cuidado pré-natal. Gestantes iniciaram o PN tardio e tiveram tratamento inadequado, que poderiam ter sido sanados com o manejo adequado.

As questões sociais e demográficas parecem ser um dos gargalos no controle da SG, levando à reflexão acerca da necessidade do avanço em políticas específicas e pontuais em locais com essa característica.

O preenchimento adequado das informações nos sistemas de informação é um ponto considerável a ser trabalhado pela gestão para ampliação da elucidação da realidade encontrada e melhores processos.

Os resultados tem similitude com estudos realizados com a temática proposta, reforçam a necessidade de aprimoramento e monitoramento das políticas públicas implantadas, de profissionais e serviços qualificados e a SG como prioridade na agenda dos gestores.

6.1.6 Referências

- ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en. Acesso em: 18 jan. 2020.
- ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 2020.
- BAGATINI, C. L. T. *et al.* Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 81-95, 2016.
- BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Número Especial. Brasília, DF, out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 563-574, 2018.
- DALLA COSTA FAVERO, M. L. *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch. Health Sci.** 2019. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137>.
- DALLE, J. **Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- DE ARAÚJO, L. *et al.* Estrutura e resultados do controle da sífilis em gestantes na atenção básica: estudo transversal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. 57721, 2021.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Treatment of syphilis during pregnancy: knowledge, practices and attitudes of health care professionals involved in antenatal care of the Unified Health System (SUS) in Rio de Janeiro City. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1341, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

FIGUEIRO-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./mar., 2012.

GONG, T. *et al.* Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. **Scientific reports**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2019.

HERMANN, A (coord.). **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis Congênita**: fatores associados ao das gestantes e seus parceiros. Rio de Janeiro: [s.e.], 2010.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

HONG, F. *et al.* Reduction in mother-to-child transmission of syphilis for 10 years in Shenzhen, China. **Sexually transmitted diseases**, v. 41, n. 3, p. 188-193, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.

LIU, H. *et al.* Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

LOPES, I. M. D. *et al.* The reality of 13 years of prenatal care to pregnant women with syphilis in Sergipe state (2007-2019). **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 123-130, 2019.

MACÊDO, V. C. de. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de informação de Atenção Básica – Siab**. Maceió, AL, 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de informação de agravos de Notificação – Sinan**. Maceió, AL, 2021.

MACHEFSKY, A. I. M. *et al.* A new call to action to combat an old nemesis: addressing rising congenital syphilis rates in the United States. **Journal of Women's Health**, v. 30, n. 7, p. 920-926, 2021.

MARTINS, K. M. C. **Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal em Gestantes com Sífilis**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2014.

NASCIMENTO, M. I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.

OLIVEIRA GUANABARA, M. A. *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 73-78, 2017.

ROEHRS, M. P. *et al.* Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. **Femina**, v. 48, n. 12, p. 753-759, 2020.

RONCALLI, A. G. *et al.* Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

ROSA, R. F. do N. *et al.* O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFPE**, p. 1-7, 2020.

SACARENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos Saúde Pública**, v. 28, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>.

SANTOS, P. A. dos.; GOMES, A. da A. Ações na estratégia saúde da família para combate à sífilis congênita. **Revista baiana de saúde pública**, p. 85-93, 2019.

SILVA, D. M. A. da. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>.

SILVA, D. M. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>.

SUTO, C. I. S. S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

6.2 Artigo: revisão de literatura

Cuidado pré-natal das gestantes com sífilis no Brasil: uma revisão de literatura

Resumo: a sífilis é uma infecção sexual transmissível (IST), com apresentações sistêmicas, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. No contexto da gestação, se apresenta em sífilis na gestação e sífilis congênita, sendo uma das causas mais prevalentes de mortalidade fetal e neonatal no mundo, permanecendo um desafio seu controle e erradicação¹. **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura sobre o cuidado pré-natal das gestantes com sífilis na Atenção Primária em Saúde do Brasil de 2016 a 2021. **Método:** trata-se de um estudo descritivo e quantitativo com realização entre fevereiro e agosto de 2022. A coleta de dados ocorreu nas bases eletrônicas PubMed, BVS e SciELO, utilizando os descritores “pre natal care” AND “cuidado pré natal” AND “sífilis” AND “Brasil. Um fluxograma de seleção dos estudos adaptado do The PRISMA Group foi elaborado junto a tabelas por categorias para organização e sistematização dos dados. **Resultado:** foram encontradas 1993 publicações, mas apenas 80 artigos envolviam a relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis; após aplicação de critério de exclusão, 30 deles compuseram a amostra. Das regiões geográficas exploradas 50% eram do Nordeste, 53,53% dos estudos eram do tipo quantitativo e 43,33 % das publicações eram em língua portuguesa. **Conclusão:** há fragilidades dos serviços de saúde em ofertar um pré-natal de qualidade, quando o diagnóstico tardio e o tratamento ausente ou inadequado continuam sendo os grandes obstáculos desse cuidado.

Palavras-chave: Sífilis. Assistência Pré-natal. Diagnóstico. Tratamento. Atenção Primária em Saúde.

Prenatal care of pregnant women with syphilis in Brasil: a literature review

Abstract: syphilis is a sexually transmitted infection (STI), with systemic presentations, caused by the bacterium *Treponema pallidum*. In the context of pregnancy, it presents itself in syphilis during pregnancy and congenital syphilis, being one of the most prevalent causes of fetal and neonatal mortality in the world, its control and eradication remaining a challenge¹. **Objective:** to carry out a literature review on prenatal care for pregnant women with syphilis in Primary Health Care in Brazil, from 2016 to 2021. **Method:** This is a descriptive and quantitative study carried out between February and August 2022. Data collection took place in the electronic database of PubMed, BVS and SciELO, using the descriptors “pre natal care” AND “care prenatal” AND “syphilis” AND “Brazil. A study selection flowchart adapted from The PRISMA Group was prepared along with tables by categories for data organization and systematization. **Result:** 1993 publications were found. However, only 80 articles involved the relationship between offering diagnosis and treatment for syphilis. After the exclusion criteria, 30 of them composed the sample.

Of the geographical regions explored, 50% were from the Northeast, 53.53% were quantitative and 43.33% of the publications were in Portuguese. **Conclusion:** There are weaknesses of health services in offering quality prenatal care, when late diagnosis and absent or inadequate treatment remain the major obstacles to this care.

Keywords: Syphilis. Prenatal Care. Diagnosis. Treatment. Primary Health Care.

6.2.1 Introdução

A sífilis é uma IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que apresenta diretriz de tratamento e diagnóstico amplamente difundido nos mais diversos sistemas de saúde de todo o mundo, mas apresenta altos índices de infecção, principalmente no contexto da gestação (BRASIL, 2020).

A SC é um problema de saúde pública que ganha importância na gestação, uma vez que os índices de SG se tornam um elemento avaliativo se o pré-natal, ofertado gratuitamente pelo SUS, nos mais diversos estados do Brasil está satisfatório (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas no mínimo 6 consultas para um pré-natal adequado. Fazem parte dele a realização de teste rápido para identificação da sífilis, exames laboratoriais e o tratamento da gestante até 30 dias antes do parto. É decisivo o diagnóstico nos primeiros 3 meses de gestação e tratamento adequado para prevenir a transmissão vertical (BRASIL, 2020).

Quando uma gestante infectada não recebe tratamento, ou quando este é ofertado de forma inadequada, ela transmite a doença para o feto por via transplacentária, ficando essa gestação predisposta às complicações por natimorto, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte infantil precoce. Além da possibilidade de a criança ser acometida por complicações, como anormalidades ósseas, hepatomegalia, perda auditiva e atraso no desenvolvimento (MACHEFSKY *et al.*, 2021).

No Brasil foram notificados 61.441 casos de SG com taxa de detecção de 21,6/1000 nascidos vivos (NV) em 2020. Para a SC, esses números foram de 22.065 e 7,7/1000NV, respectivamente, com um total de 186 óbitos e taxa de mortalidade de 6,5/1000 NV (BRASIL, 2021).

A região com maior número de casos foi o Sudeste (20,5%), seguido da região Nordeste (14,6%). Apesar das mulheres serem diagnosticadas em maior

proporção no primeiro trimestre (41,8%), se somados o segundo e o terceiro trimestre esse percentual é de 52% (BRASIL, 2021).

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o cuidado pré-natal das gestantes com sífilis na APS do Brasil, de 2016 a 2021, a partir das Bibliotecas Eletrônicas Científicas digitais. Visa responder a seguinte pergunta norteadora: nesse período, como se deu a adequação do enfrentamento à sífilis no âmbito do cuidado pré-natal na Atenção Primária do Brasil, segundo os estudos e pesquisas publicados?

6.2.2 Método

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo de revisão de literatura que avaliou publicações referentes ao tema no período de fevereiro a agosto de 2022. Seguiu critérios de estabelecimento da questão a ser investigada, delimitação da temática, escolha dos descritores, seleção das bases de dados a serem utilizadas, definição dos critérios de exclusão e inclusão, coleta de dados armazenados em pastas e planilhas, análise e interpretação dos dados coletados para síntese do conteúdo.

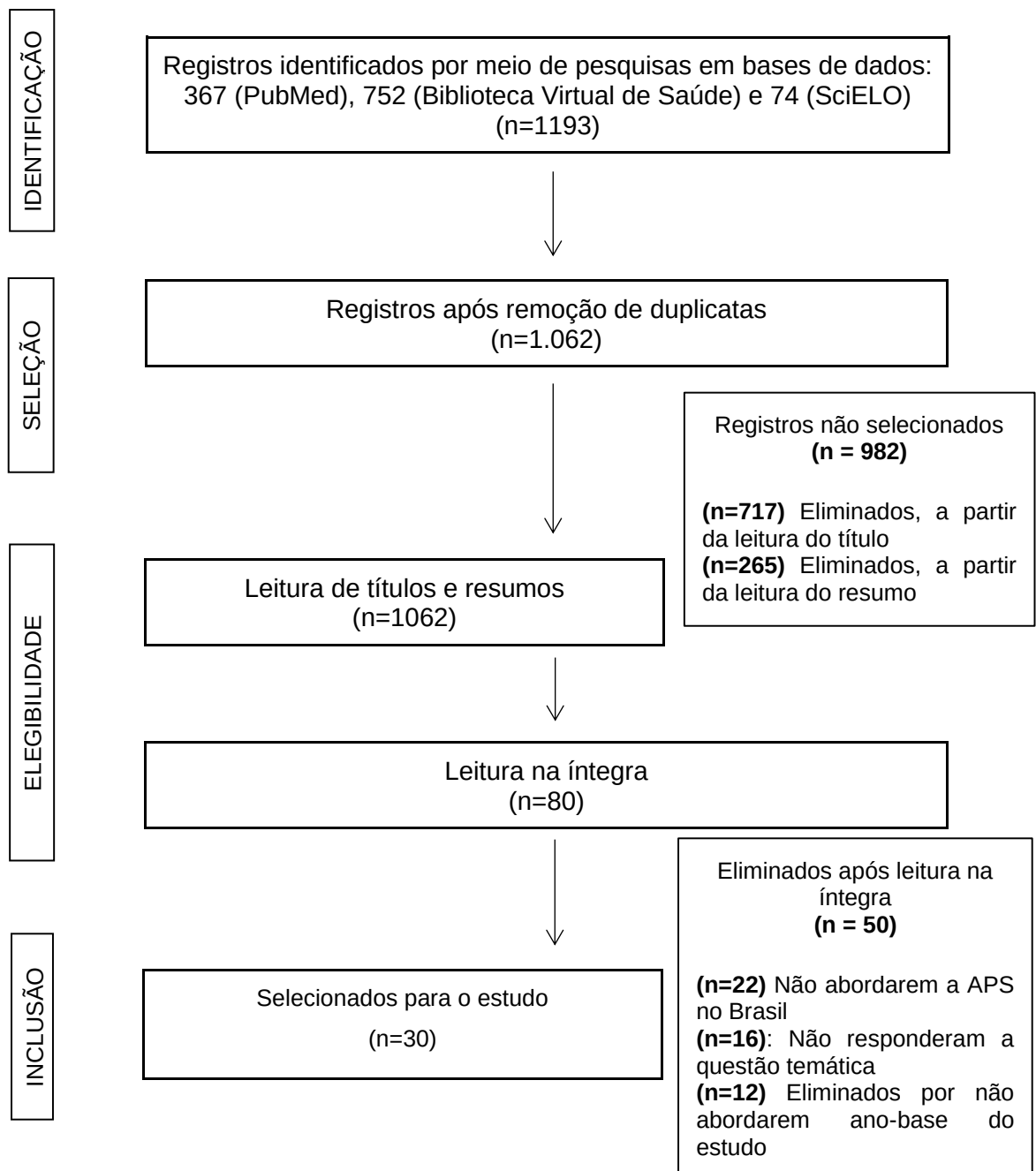
As buscas foram realizadas em 3 bases de dados: PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre 1 e 20 de fevereiro de 2022. Os descritores utilizados foram: “pre natal care” AND “cuidado pré natal” AND “sífilis” AND “Brazil”, totalizando 1.193 publicações ao final da busca.

Foram incluídos artigos originais e documentos técnicos publicados em língua inglesa e portuguesa, no período de 2016 a 2021, que contemplam a relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis no cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Os critérios de exclusão foram: artigos que não estivessem em consonância com o objetivo do estudo, artigos duplicados, resumos, editoriais, cartas ao editor, informes técnicos e notas prévias.

Em seguida, realizou-se a identificação de artigos em cada base de dados por meio de triagem, separando estudos para leitura de títulos e resumos, aplicando-se os critérios de exclusão, com conseguinte elegibilidade dos artigos selecionados para a pesquisa.

A partir dos critérios de exclusão, 129 foram excluídos por duplicidade, 717 foram eliminados na avaliação do título, 264 na avaliação do resumo e 53 na avaliação dos resultados, com aplicação dos critérios (figura 1).

FIGURA 1 – Fluxograma de Seleção dos estudos adaptado do The PRISMA Group (2009). Maceió/AL, Brasil 2022



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Tabelas por categorias foram elaboradas para organização e sistematização da revisão. As informações contidas fazem referência aos autores, à revista, ao ano de publicação, ao tema, objetivo e método/desenho, bem como aos resultados e *link* para busca. Em seguida foram identificadas as semelhanças dos temas e agrupadas para análise dos argumentos propostos as divergências e entendimento que conduzissem ao alcance do objetivo. Após análise, uma figura sinóptica foi composta, com exibição de autor, ano, objetivo e método, para compor os resultados. Os artigos foram organizados pelo ano de publicação do mais atual ao mais antigo, para melhor sistematização da revisão (Quadro 1).

A extração das principais informações foi realizada de acordo com a ordem cronológica, atentando-se sempre para a interpretação dos dados de forma fidedigna, respeitando os conceitos apresentados pelos autores, com a revisão e a análise dos dados sendo processadas de forma descritiva. Posteriormente foi construída uma figura sinóptica que expõe autor, ano, país, periódico e tipo de estudo.

Por fim, temas das publicações referentes às questões de acesso ao pré-natal, diagnóstico, dados demográficos, tratamento da gestante e do parceiro e suas relações com o cuidado ao pré-natal foram selecionadas para compor a amostra desta revisão, removendo as principais informações com interpretação autêntica dos dados.

6.2.3 Resultados

Das 1.193 publicações encontradas na base de dados eletrônica da busca realizada, 367 artigos eram da PubMed, 752 da BVS e 74 da SciELO. Mas apenas 80 artigos (6,7% do total de 1193) envolviam a relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis no cuidado pré-natal na APS no Brasil, dos quais 30 foram selecionados — todos de autores brasileiros, publicados entre 2016 e 2021 e que respondiam à questão norteadora do estudo.

Quanto ao tipo de estudo, 2 (6,66%) eram ecológicos; 3 (10%) quanti-qualitativo; 1 (3,33%) inquéritos; 6 (20%) qualitativos; 2 (6,66%) observacional; e 16 (53,53%) quantitativos (transversais, retrospectivos, exploratórios), com a maior ocorrência concentrada entre os anos de 2019 e 2020.

Em relação ao idioma das publicações, 13 foram em língua portuguesa (43,33%) e 17 em língua inglesa (56,67%), sendo 21(70%) encontradas na base de dados BVS, 1 (3,33%) na PubMed e 8 (26,67%) na SciELO.

Analisando as regiões geográficas exploradas, observou-se uma maior concentração na região Nordeste (Ceará, Bahia, Rio Grande do Norte, Piauí e Alagoas) com 15 publicações (50%), seguida do Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais), com 4 publicações (13,33%); Sul (Rio Grande do Sul), com 4 publicações (13,33%); Centro-oeste (Mato Grosso do Sul), com 1 publicação (3,33%), além de 6 publicações (20%) que envolviam dados do Brasil.

O quadro 1 traz a explanação dos 30 artigos que constituíram a amostra da análise e discussão dos resultados para o alcance do objetivo.

QUADRO 1 – Característica dos Artigos Seleccionados para Compor a Revisão

Autor/ano	Objetivo	Método
DE ARAÚJO LEAL, Maria Gercileide. <i>et al.</i> 2021.	Avaliar o serviço de atenção básica quanto à estrutura e aos resultados relativos ao controle de casos de sífilis em gestantes.	Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado em unidades básicas de saúde de um município do interior do Ceará, entre março e maio de 2019.
LUCENA, Kátia Nobre Cedrim. <i>et al.</i> , 2021.	Descrever o panorama da sífilis congênita em uma capital do Nordeste no período de 2010 a 2015.	Estudo epidemiológico descritivo, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa.
MORAES, Bruno Quintela Souza de. <i>et al.</i> , 2021.	Avaliar aspectos da SC no Brasil, entre 2009-2018.	Estudo transversal analítico cujos dados foram coletados no Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde do Brasil.
SOARES, Maria Auxiliadora Santos; AQUINO, Rosana, 2021.	Analisar a associação entre as taxas de incidência da sífilis gestacional e da sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no período de 2007 a 2017 no Estado da Bahia, Brasil.	Estudo ecológico e longitudinal, cujas unidades de análise foram os municípios da Bahia. Foram utilizados dados secundários, obtidos nas bases de dados dos Sistemas de Informação em Saúde.
SWAYZE, Emma Jane. <i>et al.</i> , 2021.	Avaliar fatores, incluindo títulos não treponêmicos, associados ao tratamento com penicilina em gestantes diagnosticadas com sífilis no Brasil de 2010 a 2018.	Estudo observacional, transversal de mulheres diagnosticadas com sífilis materna para examinar se os limiares de títulos não treponêmicos e outros fatores estão associados ao tratamento adequado com penicilina.
ANDRADE, Raissa Barbosa de. <i>et al.</i> , 2020.	Identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho, no que se refere à adesão das equipes de Atenção Primária ao teste rápido.	Estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado entre os meses de julho e novembro de 2018, com profissionais das equipes da ESF do Seridó Norte-Rio-Grandense.

ARAÚJO, Túlio César Vieira de., SOUZA Marise Barros de, 2020.	Identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho quanto à adesão das equipes da Atenção Básica ao teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C.	Estudo descritivo, exploratório e quantitativo realizado entre os meses de julho e novembro de 2018, com profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família da região do Seridó Norte-Rio-Grandense (RN).
CESAR, Juraci Almeida <i>et al.</i> , 2020.	Mediu prevalência, avaliou tendência e identificou fatores associados com a não realização de exame sorológico para sífilis no pré-natal em Rio Grande do Sul (RS).	Inquérito transversal que incluiu todas as gestantes residentes nesse município que tiveram filho entre 1º de janeiro e 31 de dezembro nos anos de 2007, 2010 e 2013.
CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da.; CÂMARA, Joseneide Teixeira.; PEREIRA, Beatriz Mourão, 2020.	Analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita.	Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada em Caxias, Maranhão (MA).
DE OLIVEIRA, Samara Isabela Maia. <i>et al.</i> , 2020.	Analisar os processos que desencadeiam a transmissão vertical da sífilis por meio das notificações de sífilis gestacional e congênita.	É um estudo transversal. A amostra totalizou 129 notificações de sífilis em gestantes e 132 notificações de sífilis congênita no município de Natal/RN de 2011 a 2015.
FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de. <i>et al.</i> , 2020.	Analisar a relação entre a oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção primária e as taxas de incidência de sífilis gestacional e congênita.	Estudo ecológico, analisou as incidências desse agravo e a cobertura de ações diagnósticas terapêuticas na atenção básica.
FERRO, Renata Pereira. <i>et al.</i> , 2020.	Descrever o tratamento terapêutico de crianças afetadas com sífilis congênita, bem como as alterações clínicas, radiológicas e laboratoriais associadas a esta doença.	Estudo retrospectivo, descritivo, exploratório e quantitativo, realizado através 204 fichas de notificação de sífilis congênita no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.
MACÊDO, Vilma Costa de. <i>et al.</i> , 2020.	Avaliar as barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis em gestantes, segundo o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial em uma metrópole do Nordeste brasileiro.	Estudo descritivo, conduzido a partir de banco de dados de um estudo caso-controle para sífilis gestacional em maternidades públicas no Nordeste do Brasil, entre 2013 e 2014.
MÉLO, Kathleen Cézar de. <i>et al.</i> , 2020.	Analisar a tendência temporal dos indicadores de sífilis em gestantes do Nordeste do Brasil.	Foi realizado um estudo de séries temporais.
ROEHRS, Mariana Parcianello. <i>et al.</i> , 2020.	Estimar a prevalência de sífilis gestacional e fatores associados à infecção em uma Maternidade no Sul do Brasil no ano de 2018.	Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018.
VELLOSO, Luciana Teixeira. <i>et al.</i> 2020.	Verificar a prevalência da sífilis gestacional, o perfil epidemiológico da gestante e os desfechos como a sífilis congênita.	Estudo descritivo e retrospectivo de dados maternos e de RNs obtidos das fichas de notificação do Sinan, dos prontuários e do livro de parto da maternidade do Hospital de Ensino Alcides Carneiro, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019.
BENEDETTI, Kelle Cristhiane	Determinar a prevalência de infecção por <i>Treponema pallidum</i> e	Estudo transversal no Hospital Universitário. Os dados dos recém-

Soria Vieira, <i>et al.</i> , 2019.	fatores associados em gestantes em Dourados, Mato Grosso do Sul.	nascidos foram obtidos dos prontuários. Foram realizadas análises de regressão univariada e multivariada para avaliar associações com sífilis.
BENZAKEN, Adele Schwartz, <i>et al.</i> , 2019.	Avaliar a adequação do atendimento pré-natal oferecido nas capitais brasileiras e o diagnóstico da sífilis gestacional através de dados públicos dos sistemas de informação de saúde.	Acessados em sites públicos os dados sobre sífilis gestacional, sífilis congênita, estimativa da cobertura populacional pela ESF, Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) municipal e dados do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) e da Qualidade da Atenção Básica.
DALLA COSTA FAVERO, Marina Luiza. <i>et al.</i> , 2019.	Traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita e sífilis gestacional, bem como verificar possíveis relações entre fatores sociodemográficos e clínicos associados às notificações de sífilis congênita.	Estudo observacional, transversal com delineamento descritivo, usando abordagem quantitativa-analítica em que foram incluídas todas as fichas de notificação de sífilis congênita (2009 a 2015) e sífilis gestacional (2008 a 2014) do Sinan do município de Maringá/Paraná/Brasil.
LOPES, Izailza Matos Dantas. <i>et al.</i> , 2019.	Analisar as condições da assistência pré-natal para gestantes sífilíticas no estado de Sergipe entre 2007 e 2019.	Estudo transversal, retrospectivo e descritivo, com coleta de casos notificados de sífilis gestacional e congênita no Sinan.
ROCHA, Ana Fátima Braga. <i>et al.</i> , 2019.	Analisar a notificação do diagnóstico de sífilis ao parceiro sexual da gestante, suas implicações e as estratégias de convocação sugeridas.	Pesquisa qualitativa realizada em Fortaleza, Ceará (CE), de abril a outubro de 2014. Foram entrevistadas 14 mulheres notificadas com sífilis durante o pré-natal e 9 parceiros sexuais.
ROCHA, Ana Fátima Braga. <i>et al.</i> , 2019.	Avaliar o manejo dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis na atenção primária à saúde no Nordeste do Brasil.	Avaliação qualitativa realizada no período de fevereiro a outubro de 2014 na cidade de Fortaleza/CE. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.
SANTOS, Priscilla Araújo dos.; GOMES, Andréa da Anunciação., 2019.	Relatar a experiência desenvolvida e os avanços obtidos no combate à sífilis congênita no município baiano de Ibicaraí, na Bahia (BA).	Relato de experiência.
CARDOSO, Ana Rita Paulo. <i>et al.</i> , 2018.	Analisar os casos notificados de sífilis em gestantes e os possíveis desfechos para o feto e o recém-nascido.	Estudo transversal. Analisou 175 casos notificados de sífilis em gestantes, pareados com as correspondentes notificações de sífilis congênita de 2008 a 2010.
MACHADO, Isadora. <i>et al.</i> , 2018.	Identificar dificuldades ou facilidades que enfermeiras(os) encontram para realizar o tratamento da sífilis na gestante e em seus parceiros sexuais.	Pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa.
RODRIGUES, Danielle Carvalho.; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira., 2018.	Verificar o conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde no pré-natal relacionadas à sífilis na gestação e identificar as principais barreiras para a implantação de protocolos de controle dessa doença.	Um estudo transversal em Teresina, Brasil, de janeiro a maio de 2015, foi realizado com 366 médicos e enfermeiros.
OLIVEIRA Guanabara.,	Avaliar o acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e	Casos-múltiplos.

Marilene Alves. <i>et al.</i> , 2017.	controle da sífilis congênita (SC).	
DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira.; LEAL, Maria do Carmo., 2016.	Estimar a incidência de sífilis congênita ao nascimento e verificar os fatores associados à transmissão vertical da sífilis.	Dados primários. Estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.
LAFETÁ, Kátia Regina Gandra. <i>et al.</i> , 2016.	Identificar e descrever casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados.	Estudo descritivo e retrospectivo que avaliou 214 prontuários de gestantes e recém-nascidos. Em Montes Claros, Minas Gerais (MG), no período de 2007 a 2013.
SUTO, Cleuma Sueli Santos. <i>et al.</i> , 2016.	Caracterizar a assistência prestada à gestante com diagnóstico de sífilis em unidades de saúde da família.	Estudo transversal realizado por meio da análise de relatórios de sistemas de informação e questionário estruturado sobre exposição à sífilis durante a gestação.

Fonte: elaborado pela autora com dados de PubMed, SciELO e BVS.

6.2.4 Discussão

No Brasil, mais de 70% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no PN nos estudos avaliados (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019; BENZAKEN *et al.*, 2019). No entanto, fragilidades no diagnóstico e a inadequação do tratamento demonstram-se os principais entraves para o controle da doença.

Variáveis como a realização dos exames no pré-natal, número de consultas, trimestre da gestação, idade, escolaridade e raça/cor são citadas com associação aos casos de SG nesse cuidado. Dessa maneira, duas categorias de análise dos dados foram estruturadas a partir da literatura objeto do estudo, a saber: 1) Características sanitárias e clínicas; 2) Aspectos sociais no âmbito da sífilis na gestação.

1) Características sanitárias e clínicas

Apesar do acesso ao serviço pelas gestantes ser considerável, este tem se dado de forma atrasada, sendo predominante entre o segundo e o terceiro trimestres da gestação (LUCENA *et al.*, 2021; DE ARAÚJO LEAL *et al.*, 2021; MÉLO *et al.*, 2020; CARDOSO *et al.*, 2018).

A iniciação tardia favorece um número aquém de consultas adequadas, além da possibilidade de uma menor realização de exames preconizados, que pode vir acompanhada de atrasos nas entregas dos resultados e diminuição da capacidade diagnóstica, bem como de um menor registro dessas informações no cartão da

gestante (MACÊDO *et al.*, 2020; DE OLIVEIRA *et al.*, 2020; DOMINGUES; LEAL, 2016), o que esclarece em parte os desfechos negativos da SG.

Gestantes infectadas têm sido diagnosticadas no momento do parto e/ou curetagem entre 27 a 50% (DOMINGUES, LEAL, 2016; ROEHRS *et al.*, 2020; SOARES, AQUINO, 2021). E mesmo que em algumas cidades as gestantes realizam 6 ou mais consultas e a frequência ao pré-natal seja maior que 80%, a qualidade deste cuidado para identificação e tratamento ainda é baixa (DOMINGUES, LEAL, 2016; CESAR *et al.*, 2020; BENEDETTI *et al.*, 2019). Quando o tratamento é realizado antes da 21ª semana gestacional a mortalidade perinatal é reduzida em 70% (BENEDETTI *et al.*, 2019).

As fragilidades no PN acabam acarretando a SC, os recém-nascidos em sua maioria nascem assintomáticos e com seguimento diversificado, tanto quanto à realização de exames como para o referencial pediátrico (SOARES, AQUINO, 2021; VELLOSO *et al.*, 2020; CARDOSO *et al.*, 2018).

Dos grupos analisados, apenas em Dourados, Mato Grosso do Sul, a captação da gestante ocorreu no primeiro trimestre em 47,6%. Embora o VDRL tenha sido realizado em 88,3% das gestantes, em 28,6% o tratamento só aconteceu no terceiro trimestre da gestação e para 28,6% não havia registro no cartão do PN. Quanto aos esquemas prescritos, 38% receberam três doses de penicilina benzantina e a oferta de eritromicina foi evidenciada em 4,8% (CESAR, 2020).

O VDRL, exame sorológico para solicitação no primeiro e terceiro trimestre da gestação, teve oferta nacional superior a 95% (BENZAKEN *et al.*, 2019; CESAR, 2020; FIGUEIREDO *et al.*, 2020). Porém, no âmbito desta discussão, foi observada a oferta no terceiro trimestre para aproximadamente 50% das gestantes em alguns locais da região Nordeste (CARDOSO *et al.*, 2020; DE ARAÚJO *et al.*, 2021; DE ARAÚJO, DE SOUZA, 2020), o que favorece o diagnóstico tardio.

A oportunidade perdida de tratamento ganha destaque com a inadequação ou a não realização em mais de 80% das gestantes (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019; CARDOSO *et al.*, 2018; DALLA COSTA FAVERO *et al.*, 2019), com os baixos percentuais de tratamento adequado (LUCENA *et al.*, 2021; ROEHRS *et al.*, 2020; CESAR *et al.*, 2020; DALLA COSTA FAVERO *et al.*, 2019; LAFETÁ *et al.*, 2016) e o não tratamento com o antibiótico recomendado, que é a penicilina, em 8,7% dos casos diagnosticados no Brasil (SWAYZE *et al.*, 2021).

Aspectos relacionados à administração da penicilina pelos profissionais (FIGUEIREDO *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2019) e a adesão ao tratamento pelas parcerias das gestantes (MACHADO *et al.*, 2018), atreladas às dificuldades no manejo clínico (MACÊDO *et al.*, 2020; SUTO, 2016) e ao diagnóstico apenas na internação (ROEHRS, 2020), são causas contributivas dessa inadequação.

Por atravessar a barreira placentária, a penicilina é a única droga eficaz para o tratamento da gestante e do conceito. Sua disponibilidade esteve semelhante nas capitais brasileiras, em 18 municípios do Nordeste e em equipes do Rio Grande do Sul para aplicação pela equipe em 87% (BENZAKEN *et al.*, 2019; DE ARAÚJO; DE SOUZA, 2020). Porém, menos de 50% das UBS faziam a administração no local (BENZAKEN *et al.*, 2019; CESAR *et al.*, 2020; FIGUEIREDO *et al.*, 2020; DE ARAÚJO, DE SOUZA, 2020). Mesmo com profissionais capacitados, conforme observado em um dos estudos analisados (DE ARAÚJO LEAL *et al.*, 2021).

Em 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), entendendo a SG como um grave problema de saúde pública, emitiu nota técnica permitindo a prescrição da penicilina pelo profissional enfermeiro conforme protocolos nacionais, assim como, a administração pela equipe de enfermagem. Em 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 3.161, autorizando sua administração nas unidades de APS. E ainda assim há resistência e até recusa em administrar a medicação por alguns profissionais de saúde devido ao receio de reações anafiláticas (FIGUEIREDO, 2020; ROCHA *et al.*, 2019; GUANABARA *et al.*, 2017).

2) Aspectos sociais no âmbito da sífilis na gestação

A SG apresenta-se com uma doença de população vulnerável (BENZAKEN *et al.*, 2019). Há uma predominância na faixa etária das mulheres infectadas entre 20 e 30 anos (MÉLO *et al.*, 2020; DOMINGUES *et al.*, 2016; DALLA COSTA FAVERO *et al.*, 2019; LAFETÁ *et al.* 2016; SUTO *et al.*, 2016), sendo a cor da pele dominante preta ou parda (CARDOSO *et al.*, 2018; DOMINGUES, LEAL, 2016; SOARES, AQUINO, 2021; DALLA COSTA FAVERO *et al.*, 2019; LAFETÁ *et al.*, 2016) e para a maioria a escolaridade $\leq$ de 8 anos de estudo (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019; DE ARAÚJO LEAL *et al.*, 2021; TRIVEDI *et al.*, 2020). Isso pode limitar o acesso ao serviço de saúde e a obtenção das informações do cuidado necessárias para um bom seguimento do caso.

Tão somente na região Sul do país, 69,1% das grávidas tinham cor de pele branca e 57,3% possuíam o ensino médio completo, com rendas superiores a quatro salários mínimos. Contudo, a razão de prevalência quanto às consultas e não realização de exames foi maior nas mães de cor preta e com baixa renda (CESAR *et al.*, 2020), similares aos relatos da literatura. Vale ressaltar que nessa região a população predominante é de cor branca (CESAR *et al.*, 2020).

Questões sociais e escolaridade aparecem como decisivas para a realização de pré-natal adequado (CESAR *et al.*, 2020). Quanto menor a escolaridade, menor o número de consultas, menor realização dos exames e menor adesão ao tratamento. Consequentemente, maiores são as ocorrências de SG e SC, assim como as complicações durante a gravidez e o parto (MÉLO *et al.*, 2020; FERRO *et al.*, 2020).

Destacam-se o aumento na detecção da SG em adolescente (BENZAKEN *et al.*, 2019; DE ARAÚJO LEAL *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2018; CESAR *et al.*, 2020) e o uso de drogas ilícitas (DOMINGUES; LEAL, 2016; CESAR *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2019), que leva a uma importante provocação quanto aos trabalhos de prevenção e promoção da saúde para esse público, além da oferta do teste rápido (TR) em qualquer momento do atendimento, independente do motivo da procura aos serviços (VELLOSO *et al.*, 2020).

O TR é uma estratégia ofertada pelo Ministério da Saúde de ampliação da detecção da sífilis, objetivando qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico pela população brasileira, o que o faz essencial para a redução da transmissão vertical (BRASIL, [s.d.]).

O não tratamento dos parceiros sexuais das gestantes é outro fator relevante (MORAES *et al.*, 2021); mais de 50% não recebem tratamento (DE ARAÚJO LEAL *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2018; CESAR *et al.*, 2020; DE ARAÚJO LEAL *et al.*, 2021; SWAYZE *et al.*, 2021) e a ausência de sinais e sintomas faz com que eles não se identifiquem com o problema (FERRO *et al.*, 2020). A acessibilidade é algo a ser considerado, tanto no sentido geográfico como no sentido funcional, para que os mesmos possam sentir-se acolhidos (FIGUEIREDO *et al.*, 2020; FERRO *et al.*, 2020).

Estudos trazem como principal entrave para o controle da SC o não tratamento do parceiro (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019; SUTO *et al.*, 2016), enquanto outros destacam a dificuldade na adesão (MACHADO *et al.*, 2018). Os quais ficam

esclarecidos com os baixos percentis de tratamento, que não ultrapassam 20% (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019; ROEHRS *et al.*, 2020; MORAES *et al.*, 2021).

Atualmente as novas recomendações nacionais e internacionais não consideram o tratamento do parceiro como critério para avaliar a adequação do tratamento da gestante, mas a notificação e o tratamento são recomendados como estratégias para prevenir a reinfecção (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Um pré-natal de qualidade depende do envolvimento da gestão nesse cuidado, sendo imprescindível investir em formação profissional e na disponibilidade dos recursos necessários para prestar os serviços em rede, com efetividade e resolubilidade à todas as gestantes, para obtenção de bons resultados (SANTOS; GOMES, 2019).

Também é importante considerar que os diversos desenhos metodológicos apontam que a utilização de dados secundários acaba por restringir a análise do cuidado ao PN, por estar voltada às informações contidas apenas nas fichas de notificação, nas quais, em muitas situações, contam com falhas em seus registros, podendo não refletir a real situação e dificultar maiores associações (SANTOS; GOMES, 2019).

As pesquisas qualitativas realizadas sobre o tema elucidam alguns problemas pela aproximação da realidade do sujeito, respondendo a questões mais pontuais desse cuidado no serviço e suas correlações. Dentre eles, as barreiras que as gestantes enfrentam para iniciar o pré-natal precoce, além do manejo desde o diagnóstico até o desfecho final.

É sabido que há particularidades regionais, porém, mínimas ofertas podem estar subutilizadas e/ou não priorizadas como ações de prevenção no controle da SG e consequentemente da sífilis congênita, deixando transparecer intensificações pontuais com poucos impactos a nível geral.

Tem se observado que a incidência de SC vem diminuindo, que não há uma relação direta com a oferta dos serviços — que quanto maior, maiores também são os índices de diagnóstico — e que o tratamento oportuno não acompanhou essa evolução.

6.2.5 Conclusões

Apesar dos esforços e intervenções, a sífilis em gestantes continua sendo um desafio e importante problema de saúde pública a ser minimizado no Brasil. Há fragilidades nos serviços de saúde no que diz respeito à oferta de um pré-natal de qualidade, pois o diagnóstico tardio e o tratamento ausente e/ou inadequado continuam como grandes obstáculos desse cuidado.

É imprescindível a melhora e a revisão das estratégias para a qualidade do pré-natal, bem como o tratamento com equidade às mulheres infectadas consideradas vulneráveis. O investimento na qualificação da APS, com utilização de novas tecnologias em saúde, é um forte aliado para esse avanço.

6.2.6 Referências

BENEDETTI, K. C. S. V. *et al.* High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 101, n. 4, p. 761, 2019.

BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 1, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Número Especial. Brasília, DF, out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação dos testes rápidos**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha/testerapido>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CESAR, J. A. *et al.* Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2020.

CONCEIÇÃO, H. N. de.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em debate**, v. 43, p. 1145-1158, 2020.

DALLA COSTA FAVERO, M. L. *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch. Health Sci.** 2019. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137>.

DE ARAÚJO, L. *et al.* Estrutura e resultados do controle da sífilis em gestantes na atenção básica: estudo transversal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. 57721, 2021.

DE ARAÚJO, T. C. V.; DE SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

DE OLIVEIRA, S. I. M. *et al.* Syphilis notifications and the triggering processes for vertical transmission: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 3, p. 984, 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

FERRO, R. P. *et al.* characterization of congenital syphilis cases with emphasis on the therapeutic scheme in a philanthropic maternity hospital in Espírito Santo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 30, n. 2, p. 283-290, 2020.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. de. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.

LUCENA, K. N. C. *et al.* O panorama epidemiológico da sífilis congênita em uma capital do nordeste: estratégias para a eliminação. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 730-736, 2021.

MACÊDO, V. C. de. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MACHADO, I. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 249-255, 2018.

MACHEFSKY, A. M. *et al.* A new call to action to combat an old nemesis: addressing rising congenital syphilis rates in the United States. **Journal of Women's Health**, v. 30, n. 7, p. 920-926, 2021.

MÉLO, K. C. de. *et al.* Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020.

MOHER, D. *et al.* The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, 2009. Disponível em: 10.1371/journal.pmed1000097.

MORAES, B. Q. S. de. *et al.* Trend analysis of clinical aspects of congenital syphilis in Brazil, 2009–2018. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 67, p. 991-996, 2021.

GONG, T. *et al.* Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. **Scientific reports**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2019.

OLIVEIRA GUANABARA, M. A. *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 73-78, 2017.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil—a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Syphilis in pregnant women: implications of diagnosis revelation and partner notification strategies. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 102-106, 2019.

ROEHRS, M. P. *et al.* Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. **Femina**, v. 48, n. 12, p. 753-759, 2020.

SANTOS, P. A. dos.; GOMES, A. da A. Ações na estratégia saúde da família para combate à sífilis congênita. **Revista baiana de saúde pública**, p. 85-93, 2019.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SUTO, C. I. S. S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

SWAYZE, E. J. *et al.* Failure to recognize Low non-treponemal titer syphilis infections in pregnancy May lead to widespread under-treatment. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 104, p. 27-33, 2021.

TRIVEDI, S. *et al.* Evaluating coverage of maternal syphilis screening and treatment within antenatal care to guide service improvements for prevention of congenital syphilis in Countdown 2030 Countries. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 1, 2020.

VELLOSO, L. T. *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis notified in a public maternity hospital in Petrópolis, RJ. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 1-6, 2020.

6.3 Produto



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vanessa Almeida do Nascimento

GUIA RÁPIDO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO MANEJO DA GESTANTE
COM SÍFILIS

Maceió
2022

Vanessa Almeida do Nascimento

GUIA RÁPIDO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO MANEJO DA GESTANTE COM SÍFILIS

Produto técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Michael Ferreira Machado.

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de Souza.

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica.

6.3.1 Título

Guia rápido para profissionais da Saúde no manejo da gestante com sífilis.

Quick guide for health professional in the management of pregnant women with syphilis.

6.3.2 Público-alvo

Profissionais da Estratégia de Saúde da Família que atendem gestantes com sífilis.

6.3.3 Tipo de produto

Guia rápido (material didático).

6.3.4 Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais (PCDT/MS 2021).

A sífilis em gestante é um problema de saúde pública. A detecção precoce e o tratamento adequado são desafios a serem vencidos para o controle da doença. A facilidade no acesso as informações que possam auxiliar na assistência e manejo da gestante, estimulam a capacidade dos profissionais que as acompanham para o enfrentamento das dificuldades e consequente redução da sífilis congênita.

Quando uma gestante infectada não recebe tratamento ou esse é ofertado de forma inadequada, ela transmite por via transplacentária a doença para o feto, ficando essa gestação predisposta a complicações por natimorto, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte infantil precoce. Além da possibilidade de criança ser

acometida por complicações como, anormalidades ósseas, hepatomegalia, perda auditiva e atraso no desenvolvimento (MACHEFSKY *et al.*, 2021).

Para Macêdo *et al.* (2020), o único local possível para redução de riscos, considerando a triagem sorológica e o tratamento adequado da gestante e do parceiro, é o momento do PN. Porém mesmo entre as mulheres que o realizam, muitas são as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento do problema.

Ele ainda cita que impedimentos para realização de um PN adequado podem ser removidos entre outras questões, através da captação precoce da gestante, aconselhamento, intervenções educacionais, solicitações e realizações de exames conforme protocolos, recebimento de resultados em tempo oportuno, e de condutas terapêuticas assertivas para a gestante.

A atenção pré-natal e puerperal deve se basear em ações que garantam a promoção e prevenção da saúde. A estruturação da rede de saúde e oferta do pré-natal de qualidade, que garante o diagnóstico precoce e a realização do tratamento adequado para evitar a transmissão da sífilis, está na agenda dos compromissos da atenção primária em saúde, bem como nos demais níveis de atenção à saúde, reafirmado a partir da Rede Cegonha. Assim, uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é essencial para o bem-estar materno e neonatal (FIGUEIRO-FILHO *et al.*, 2012).

6.3.5 Método

Guia elaborado como produto de dissertação do mestrado PROFSAÚDE/Ufal, para profissionais de Saúde da ESF do município de Maceió/AL que atende pré-natal. Foi resultante da pesquisa “A atuação da Estratégia Saúde da Família de Maceió- AL nos casos de sífilis na gestação”. O estudo foi desenvolvido a partir dos dados das notificações das unidades de saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir da análise dos resultados surgiu a proposta do Guia que está de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde-Brasil 2021. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2021 e primeiro semestre de 2022.

6.3.6 O guia

FIGURA 2 – Capa e folha de rosto



Fonte: elaborado pela autora (2022).

FIGURA 3 – Lista de figuras à apresentação

<i>LISTA DE FIGURAS</i>	<i>LISTA DE TABELAS</i>
Figura 1 – Evolução natural da sífilis.....9	1 – Tratamento da sífilis em gestante.....12
Figura 2 - Testes imunológicos para diagnóstico da sífilis.....11	2- Evolução esperada de títulos, em testes não treponêmico, após o tratamento da sífilis.....18
Figura 3- Estágios clínicos e métodos diagnósticos da sífilis.....17	
Figura 4: Fluxograma de sífilis em gestante: Conduta e seguimento durante o Pré-Natal22	
Figura 5 – Ficha de notificação.....24	
Figura 6 - Estágios da Sífilis.....26	

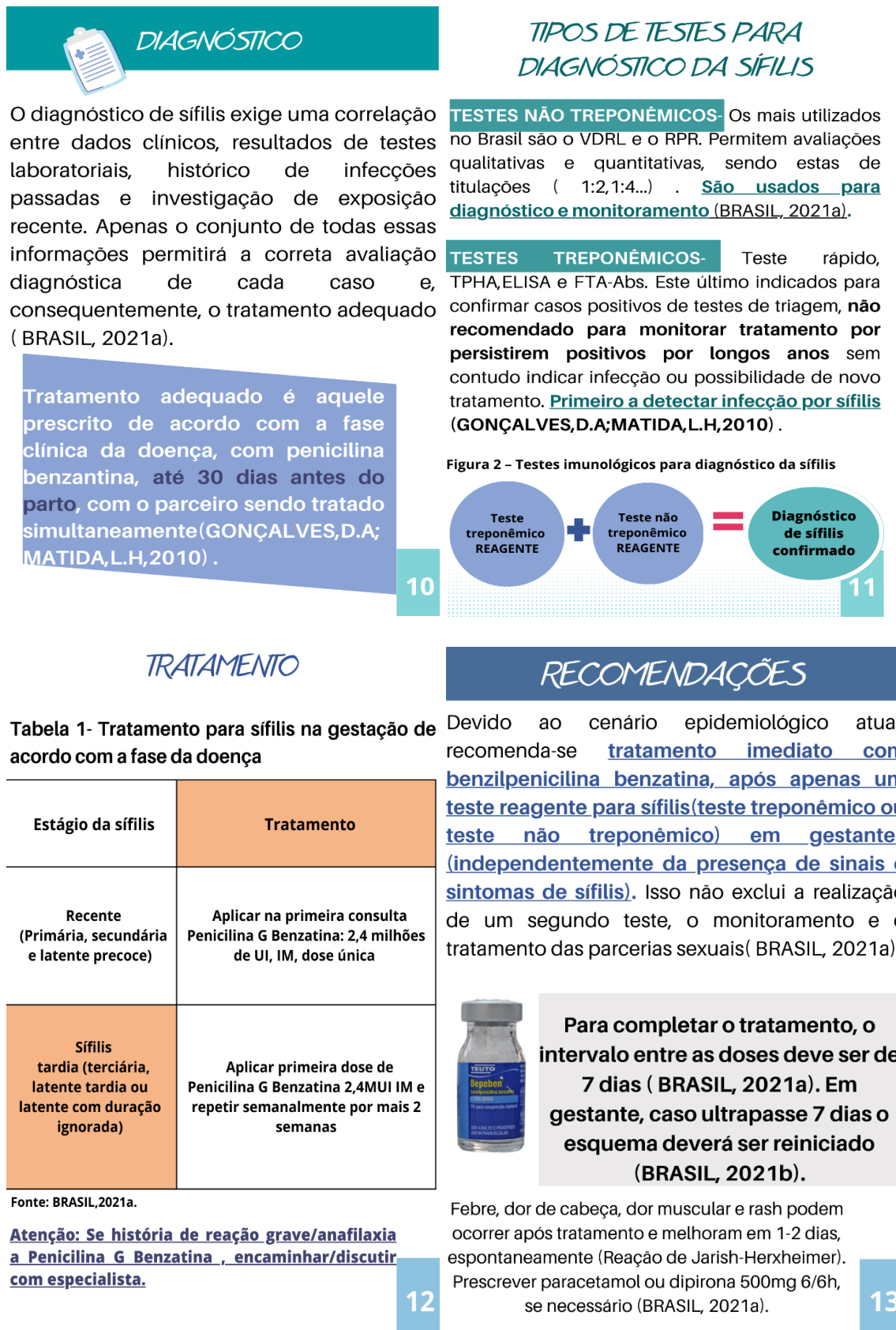
<i>SUMÁRIO</i>	<i>APRESENTAÇÃO</i>
APRESENTAÇÃO.....5	O Guia é um produto de dissertação da aluna Enfª Vanessa Almeida do Nascimento, do mestrado PROFSAÚDE/UFAL, sob orientação do prof. Dr. Michael Machado, para profissionais de Saúde da ESF do município de Maceió/AL que atendem pré-natal. O objetivo é facilitar a assistência e o manejo clínico de forma rápida às gestantes identificadas com sífilis. O Guia está de acordo com o PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente transmissíveis(IST) do Ministério da Saúde- Brasil, Brasil, 2021.
1 -DEFINIÇÃO.....6	A sífilis em gestante é um problema de saúde pública. A detecção precoce e o tratamento adequado são desafios a serem vencidos para o controle da doença. A facilidade no acesso as informações que possam auxiliar na assistência e manejo às gestantes, estimulam a capacidade dos profissionais que as acompanham para uma melhor resposta nas dificuldades encontradas.
2 -MODO DE TRANSMISSÃO.....7	
3 -DIAGNÓSTICO.....10	
3.1 – Tipo de testes 11	
4 -TRATAMENTO.....12	
4.1 – Tratamento do parceiro14	
5 -MANEJO.....19	
DEFINIÇÕES DE TERMOS.....26	
7- REFERÊNCIAS29	

FIGURA 4 – Páginas 6 a 9



Fonte: elaborado pela autora (2022).

FIGURA 5 – Páginas 10 a 13



Fonte: elaborado pela autora (2022).

FIGURA 6 – Páginas 14 a 17

SOBRE AS PARCERIAS

Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição.

Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se Exposição até 90 dias, fazer tratamento presuntivo (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).

Todas as parcerias devem ser testadas.

Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico (BRASIL, 2021b).

14

TRATAMENTO ALTERNATIVO (EXCETO PARA GESTANTES)

Sífilis recente

Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias

Sífilis tardia

Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias

Neurossífilis

Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias

Para completar o tratamento com benzilpenicilina benzatina, o intervalo entre as doses deve ser de 7 dias, caso ultrapasse 14 dias o esquema deverá ser reiniciado (BRASIL, 2021b).

Recomenda-se tratamento imediato independente de sinais e sintomas: Gestantes, Vítimas de violência sexual. Pessoas: Com chances de perda de seguimento; com sinais e sintomas de sífilis primária e secundária; Sem diagnóstico prévio de sífilis (BRASIL, 2021b).

15

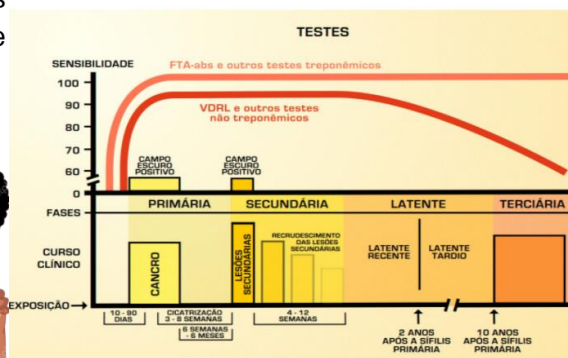
TRATAMENTO

Tratar parceria(s) (dos últimos 3 meses) para sífilis recente, (independentemente de sintomas/resultado dos testes.) Em caso de sinais e sintomas neurológicos/oftalmológicos ou sífilis terciária ativa: solicitar punção lombar e investigar neurosífilis (BRASIL, 2021a).

Os expostos há mais de 90 dias, mesmo na impossibilidade de estabelecer a data da infecção e ausente sinais e sintomas, devem ser tratados como sífilis latente tardia (LUPPI, C.G. et al., 2016).



Figura 3– Estágios Clínicos e métodos diagnósticos de sífilis



Fonte: BRASIL. Protocolo Integral às Pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST) - PCDT. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2021.

Testar trimestralmente para seguimento.

16

17

Fonte: elaborado pela autora (2022).

FIGURA 7 – Páginas 18 a 21

Tabela 2 - Evolução esperada de títulos, em testes não treponêmico, após o tratamento da sífilis.

Tempo pós tratamento	Média de Redução esperada do título e relação ao diagnóstico inicial	Exemplo	
6 meses em sífilis recente	2 diluições (4 vezes) menores	1:32 para >1:8 ou negativo	 Realizar teste rápido na primeira consulta de pré-natal. Em unidades com ausência, solicitar exame laboratorial.
12 meses em sífilis tardia	2 diluições (4 vezes) menores	1:128 para > 1:32	 Tratar a gestante o mais precoce possível e até 30 dias antes do parto.
2 anos	8 diluições (16 vezes)	1:64 para < 1:8 ou negativo	 Reiniciar todo o esquema de tratamento das gestantes com perdas de qualquer dose do tratamento preconizado. ³
			 Solicitar mensalmente o VDRL para monitoramento do tratamento da gestante.
			 Captar, aconselhar e tratar o parceiro concomitante.
			 Importante orientar práticas sexuais seguras durante e após o tratamento. Recomendar o uso regular do preservativo.

Fonte: Adaptado do Guia de Referência Técnica e Programática Para ações do plano de eliminação da sífilis congênita (GONÇALVES, D.A.; MATIDA, L.H., 2010); BRASIL, 2021a).

18

19

MANEJO

Se houver qualquer VDRL/RPR com pelo menos 2 diluições (ou quatro vezes) maior que o anterior ou persistência/novos sinais de sífilis: investigar reexposição/tratamento incompleto e retratar paciente e parceria(s) para sífilis recente ou tardia (de acordo com cada caso).

Em 85% das pessoas tratadas com sucesso, permanecem reativos por anos ou até mesmo por toda a vida (GONÇALVES, D.A.; MATIDA, L.H., 2010).

20

MANEJO

A Penicilina G Benzatina, droga de escolha para tratamento da gestante, é um medicamento de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia. Sua aplicação é realizada em unidades básicas de saúde e pode ser prescrita pela(o) enfermeira(o), conforme a lei do exercício profissional de enfermagem – Lei n.º 7.498/86 e o Ministério da Saúde (SUTO. *et al.*, 2016).

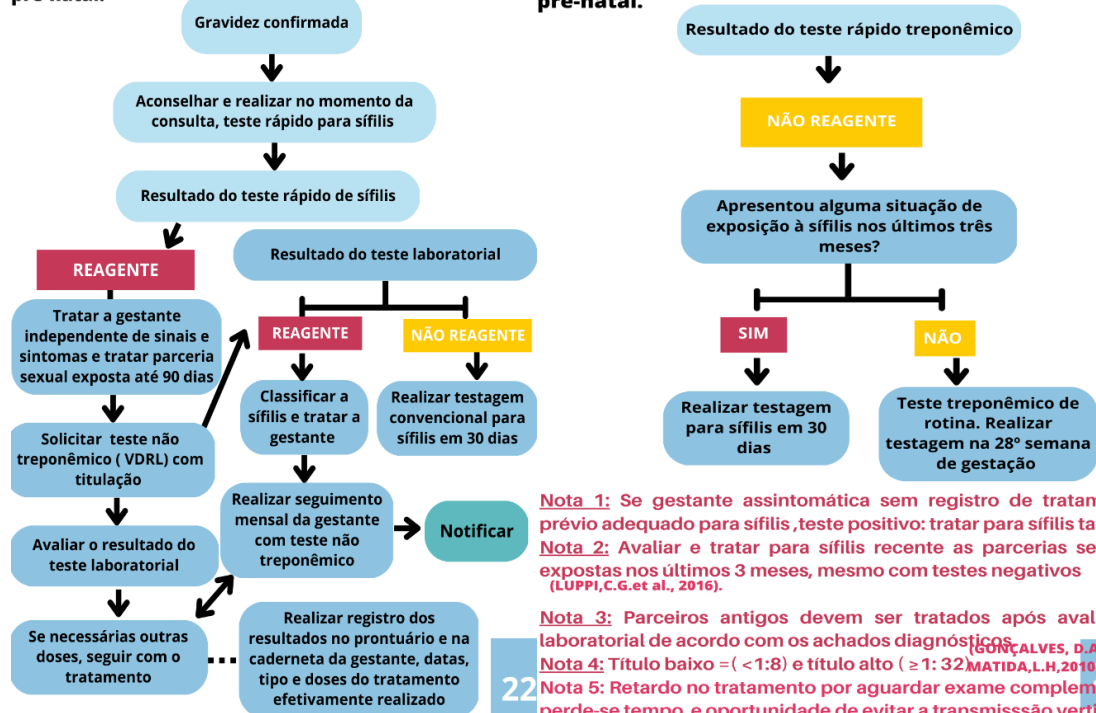
Em gestante alérgica a penicilina, fazer a dessensibilização e usar a penicilina. Na impossibilidade fazer a eritromicina, porém, a gestante será considerada com inadequação de tratamento e o feto deve ser investigado e tratado pós parto. (GONÇALVES, D.A.; MATIDA, L.H., 2010).

Realizar a notificação nos sistemas de informação. Fazer registro na caderneta da gestante sobre o diagnóstico e tratamento.

21

FIGURA 8 – Páginas 22 a 25

Figura 6: Fluxograma da atenção à gestante para investigação e tratamento de sífilis, utilizando algoritmo de teste rápido - treponêmico, durante o pré-natal.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SÍFILIS EM GESTANTE Nº

Definição de caso:
Situação 1: Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico EOU não treponêmico, com qualquer titulação – sem registro de tratamento prévio.
Situação 2: Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico EOU não treponêmico – com qualquer titulação.
 a) Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/gvs e www.aids.gov.br/ppt.
Situação 3: Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.
 * Casos confirmados de sífilis sorológica não devem ser notificados.

1 Tipo de Notificação **2** Individual

3 Código (CID10) **4** Data de Notificação

SÍFILIS EM GESTANTE **098.1**

4 UF **5** Município de Notificação **6** Código (BGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) **7** Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente **9** Data de Nascimento

10 (ou) Idade **11** Sexo **12** Gestante **13** Rápido/Cor

14 Escaderneta **15** Número do Cartão SUS **16** Nome da mãe

17 UF **18** Município de Residência **19** Código (BGE) **20** Distrito

21 Bairro **22** Número **23** Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1 **25** Geo campo 2 **26** Porto de Referência **27** CEP

28 (DDD) Telefone **29** Zona **30** País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação **32** UF **33** Município de realização do Pré-Natal **34** Unidade de realização do pré-natal **35** Código

36 Nº da Gestante no SISPRENATAL **37** Classificação Clínica **38** Título

39 Resultado dos Exames **40** Teste não treponêmico no pré-natal **41** Teste treponêmico no pré-natal

42 Esquema de tratamento prescrito à gestante **43** Esquema de tratamento prescrito ao parceiro

44 Parceiro tratado concomitantemente à gestante

45 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro

46 Motivo para o não tratamento do Parceiro

47 Município/Unidade de Saúde **48** Cod. da Unid. de Saúde

49 Nome **50** Função **51** Assinatura

52 Sifilis em gestante **53** Sinan NET **54** SVS **55** 29/09/2008

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Sifilis_Gestante.pdf

FIGURA 9 – Páginas 26 a 29

DEFINIÇÕES DE TERMOS

Sífilis Primária- Úlcera rica em treponemas, geralmente pode ser acompanhada de única e indolor com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, “cancro duro”. Podendo ser acompanhada de linfadenopatia regional (BRASIL, 2021a).



Sífilis Latente Tardia (Menos de um ano de infecção) - Assintomático

Sífilis Latente Precoce (Mais de um ano de infecção) - Assintomático

26

DEFINIÇÕES DE TERMOS

Sífilis Secundária- Erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros, que evoluem para lesões mais evidentes papulosas eritematoacastanhadas frequentes nas genitais, e que podem surgir nas regiões palmares e plantares com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa. Mais adiante, condilomas planos podem ser confundidos com o HPV. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.

Sífilis Terciária- Pode surgir entre 1 e 40 anos depois do início da infecção. Nesse estágio a inflamação provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte (BRASIL, 2021a).

27

ABREVIATURAS E SIGLAS

-VDRL - Do inglês Venereal Disease Research Laboratory)

-RPR - Do inglês Rapid Plasma Reagin Teste rápido - Imunocromatografia

-TPHA - Teste de hemaglutinação para T.pallidum

-ELISA - Ensaio imunoenzimático

-FTA-Abs - Reação de imunofluorescência indireta

-USR- Do inglês Unheated-Serum Reagin

28

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxogramas para manejos clínicos das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. Brasília, 2021b.
- LUPPI, C.G. *et al.* Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita. 2. ed. São Paulo: Editora, 2016.
- GONÇALVES, D.A; MATIDA, L.H. Guia de Referência Técnica e Programática para ações do Plano de Eliminação da sífilis congênita. São Paulo: Editora, 2010.
- SUTO, C. I. S. S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 5, n. 2, 2016.

29

FIGURA 10 – Contracapa

Fonte: elaborado pela autora (2022).

6.3.7 Resultados esperados

Diante do objetivo que norteou a elaboração deste produto, espera-se, que este possa ser utilizado como um instrumento de consulta nas questões referentes ao manejo da gestante identificada com sífilis no Pré-Natal, e assim contribuir para uma assistência oportuna e qualificada evitando desfechos indesejáveis para a gestante e o feto.

6.3.8 Conclusão

Com a distribuição do Guia, espera-se que os profissionais possam ter um instrumento que auxiliem em condutas rápidas e assertivas diante das gestantes identificadas com sífilis na assistência ao PN da ESF do município de Maceió.

Reforça a importância de qualificar os serviços e os profissionais que atuam na ESF, com vistas a instrumentalizá-los para criar novas possibilidades e estratégias de enfrentamento a questões e problemas que fazem parte do cotidiano da APS, como os casos de sífilis na gestação.

6.3.9 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fluxogramas para manejos clínicos das Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

FIGUEIRO-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./ mar., 2012.

GONÇALVES, D. A.; MATIDA, L. H. **Guia de Referência Técnica e Programática para ações do Plano de Eliminação da sífilis congênita**. São Paulo: [s.e.], 2010.

LUPPI, C.G. *et al.* **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita**. 2. ed. São Paulo: [s.e.], 2016.

MACÊDO, V. C. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MACHEFSKY, A. M. *et al.* Um novo apelo à ação para combater um antigo inimigo: abordando o aumento das taxas de sífilis congênita nos Estados Unidos. **Jornal de Saúde da Mulher**, v. 30, n. 7, p. 920-926, 2021.

SUTO, C. I. S. S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

7 CONCLUSÕES

Os resultados encontrados na ESF de Maceió são similares aos de outros estudos realizados no Brasil e no mundo, elucidados nos artigos escritos nesta pesquisa, corroborando a sífilis como um problema de saúde pública para o qual as medidas estratégicas e protocolos estabelecidos precisam ser revistos e fortalecidos com condução resolutiva.

A atuação da ESF nos casos de sífilis na gestação reflete a importância do fortalecimento da APS para obtenção de um PN adequado, da qualificação dos serviços e profissionais atuantes nesse cuidado — com vistas a instrumentalizá-los para criar novas possibilidades e estratégias de enfrentamento das questões e dos problemas do cotidiano da APS, como os casos de sífilis na gestação — é algo urgente.

Medidas estratégicas como a elaboração de um guia rápido podem auxiliar na tomada de decisão e condutas assertivas e oportunas pelos profissionais de saúde no manejo da gestante com sífilis, contribuindo para a melhoria do cenário atual.

Todo o cuidado/rigor metodológico foi adotado para evitar os vieses analíticos. Assim, espera-se que a visibilidade da situação contribua como uma ferramenta na tomada de decisão e de novas políticas para o setor saúde, e que novos estudos prospectivos sejam realizados para reforçar a avaliação das questões pertinentes ao controle da sífilis na gestação em Maceió/AL.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, H. S. *et al.* Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. **Ciência & Saúde**, 2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32124/17807>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- ANSBRO, É. M. *et al.* Introduction of Syphilis Point-of-Care Tests, from Pilot Study to National Programme Implementation in Zambia: A Qualitative Study of Healthcare Workers' Perspectives on Testing, Training and Quality Assurance. **PLoS One**, v. 10, n. 6, p. 1-18, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127728>
- ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en. Acesso em: 18 jan. 2020.
- BAGATINI, C. L. T. *et al.* Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 81-95, 2016.
- BENEDETTI, K. C. S. V. *et al.* High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 101, n. 4, p. 761, 2019.
- BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, 2019.
- BERMAN, S. M. Maternal. syphilis: pathophysiology and treatment. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 82, n. 6, p. 433-438, 2004.
- BLENCOWE, H. *et al.* Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 11, supl. 3, p. S9, 2011. p. 148.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 1 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim**. Número Especial. Brasília, DF, out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **E- Gestor**: informação e gestão na Atenção Básica. 2020b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico./relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=zn604XtjmKLr26ZTiEOOcPWH>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação dos testes rápidos**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha/testerapido>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Saúde da Mulher Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Syphilis in parturients: aspects related to the sex partner. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 9, p. 397-402, set. 2012.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 563-574, 2018.

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, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000200255&lng=pt. Acesso em: 11 mar. 2020.

CESAR, J. A. *et al.* Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2020.

CONCEIÇÃO, H. N. de.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em debate**, v. 43, p. 1145-1158, 2020.

D'OLIVEIRA, N. A. **Sífilis em gestante**: qualidade dos dados e o perfil epidemiológico no estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

DALLA COSTA FAVERO, M. L. *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch. Health Sci.** 2019. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137>.

DALLE, J. **Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

DE ARAÚJO, L. *et al.* Estrutura e resultados do controle da sífilis em gestantes na atenção básica: estudo transversal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. 577-21, 2021.

DE ARAÚJO, T. C. V.; DE SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Treatment of syphilis during pregnancy: knowledge, practices and attitudes of health care professionals involved in antenatal care of the Unified Health System (SUS) in Rio de Janeiro City. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1341, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; LEAL, M. C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2014;48(5):766-774.

FERRO, R. P. *et al.* characterization of congenital syphilis cases with emphasis on the therapeutic scheme in a philanthropic maternity hospital in Espírito Santo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 30, n. 2, p. 283-290, 2020.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. de. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

FIGUEIRO-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./mar., 2012.

GONG, Tian. *et al.* Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. **Scientific reports**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2019.

HERMANN, A (coord.). **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

HERMANN, A (coord.). **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis Congênita**: fatores associados ao das gestantes e seu parceiro. Rio de Janeiro: [s.e.], 2010.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

HONG, F. *et al.* Reduction in mother-to-child transmission of syphilis for 10 years in Shenzhen, China. **Sexually transmitted diseases**, v. 41, n. 3, p. 188-193, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.

LIU, H. *et al.* Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

LOPES, I. M. D. *et al.* The reality of 13 years of prenatal care to pregnant women with syphilis in Sergipe state (2007-2019). **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 123-130, 2019.

LUCENA, K. N. C. *et al.* O panorama epidemiológico da sífilis congênita em uma capital do nordeste: estratégias para a eliminação. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 730-736, 2021.

MACÊDO, V. C. de. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MACEDO, V. C. de. **Sífilis Gestacional**: fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais. 2015. Tese (Doutorado em Saúde da criança e adolescente.) – Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de informação de Atenção Básica – Siab**. Maceió, AL, 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de informação de Agravos de Notificação – Sinan**. Maceió, AL, 2021.

MACHADO, I. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 249-255, 2018.

MACHADO, M. F. *et al.* Relação entre os casos de sífilis e a estratégia saúde da família no nordeste brasileiro. **Enferm. glob.**, v. 20, n. 61, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.436421>. Acesso em: 9 jun. 2021.

MACHEFSKY, A. I. M. *et al.* A new call to action to combat an old nemesis: addressing rising congenital syphilis rates in the United States. **Journal of Women's Health**, v. 30, n. 7, p. 920-926, 2021.

MARTINS, K. M. C. **Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal em Gestantes com Sífilis**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2014.

MÉLO, K. C. de. *et al.* Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020.

MESQUITA, K. O. *et al.* Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

MOHER, D. *et al.* The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, 2009. Disponível em: [10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097).

MORAES, B. Q. S. de. *et al.* Trend analysis of clinical aspects of congenital syphilis in Brazil, 2009–2018. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 67, p. 991-996, 2021.

NASCIMENTO, M. I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.

GONG, T. *et al.* Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. **Scientific reports**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2019.

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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, dez. 2015.

NUNES, J. T.; MARINHO, A. C. V.; DAVIM, R. M. B.; OLIVEIRA SILVA, G. G.; FELIX, R. S.; MARTINHO, M. M. F. de. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev enfermagem da UFPE**, Recife, v.11, n.12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017>. Acesso em: 20 jan. 2021.

OLIVEIRA GUANABARA, M. A. *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 73-78, 2017.

OLIVEIRA, S. I. M de. **Notificação de Sífilis Gestacional e congênita: uma análise epidemiológica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016.

PADOVANI, C.; DE 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**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil—a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Syphilis in pregnant women: implications of diagnosis revelation and partner notification strategies. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 102-106, 2019.

ROEHRS, M. P. *et al.* Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. **Femina**, v. 48, n. 12, p. 753-759, 2020.

RONCALLI, A. G. *et al.* Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

ROSA, R. F. do N. *et al.* O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFPE**, p. 1-7, 2020.

SACARENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos Saúde Pública**, v. 28, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>.

SANTOS, P. A. dos.; GOMES, A. da A. Ações na estratégia saúde da família para combate à sífilis congênita. **Revista baiana de saúde pública**, p. 85-93, 2019.

SILVA, D. M. A. da. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>.

SILVA, D. M. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SOUZA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. M. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, mai./jun. 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SUTO, C. I. S. S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante -com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

SWAYZE, E. J. *et al.* Failure to recognize Low non-treponemal titer syphilis infections in pregnancy May lead to widespread under-treatment. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 104, p. 27-33, 2021.

TRIVEDI, S. *et al.* Evaluating coverage of maternal syphilis screening and treatment within antenatal care to guide service improvements for prevention of congenital syphilis in Countdown 2030 Countries. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 1, 2020.

VALE, C. C. R. Associação entre índices de adequação do cuidado pré-natal e baixo peso ao nascer no estado do Rio de Janeiro, 2015-2016. **COPPE/UFRJ**, Rio de Janeiro, p. 3-24, jun. 2020.

VELLOSO, L. T. *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis notified in a public maternity hospital in Petrópolis RJ. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p. 1-6, 2020.

ANEXO A – Regras Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI)

Artigo Sistemas de informações

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio, e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

Quando autor for o mesmo da casa editora: não mencionar a casa editora WHO (World Health Organization). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

Artigo aceito para publicação em periódico (Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo). Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Coletiva (Rio J.). 2010. (No prelo).

Submissão dos manuscritos

A submissão é feita, exclusivamente on-line, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>. Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem informar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito é original não está sendo submetido a outro periódico, bem como a participação de cada autor no trabalho.

Disponibilidade da RBSMI A revista é *open and free access*, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para cópia e disseminação com propósitos educacionais.

ANEXO B – Regras Revista Enfermería Actual em Costa Rica (Revenf)

Artigo Revisão de Literatura

Diretrizes do autor

Lista de verificação para preparação de envio

Os autores são obrigados a verificar se sua submissão atende a todos os requisitos mostrados abaixo. As submissões que não atenderem a todos os requisitos serão devolvidas aos autores.

Carta de originalidade e cessão de direitos. Solicitação dirigida ao endereço da revista onde se esclarece que se trata de um manuscrito original, que não foi publicado anteriormente ou submetido a outra revista e que todos os direitos são transferidos para a Universidade da Costa Rica.

Metadados. Os dados de todos os autores: nome completo, maior titulação acadêmica concluída, profissão, filiação institucional, cidade e país, ORCID devem ser preenchidos nos metadados de submissão no sistema OJS.

Folha de rosto

Estrutura do artigo. O artigo deve ser enviado seguindo as especificações das Normas para Autores da revista e em formato OpenOffice ou Microsoft Word.

Normas bibliográficas. O texto deve obedecer aos requisitos bibliográficos e de estilo indicados nas normas Vancouver e incluir o DOI ou endereço eletrônico em cada uma delas.

Política de Revisão. Deve-se cumprir as instruções que garantem a revisão cega e protegem a privacidade. Use “Informações Identificáveis” para substituir dados que possam permitir ao revisor identificar o artigo, por exemplo, se for o nome de um programa ou intervenção conhecido ou no caso de autocitação.

Investigações envolvendo seres humanos devem ser submetidas à aprovação dos respectivos comitês de ética.

Regras para autores. Diretrizes básicas para publicação na REVENF.

ORIENTAÇÃO GERAL:

REVENF aceita artigos inéditos e originais.

A REVENF só aceita artigos de pesquisa com dados coletados nos últimos 5 anos.

Os artigos submetidos para revisão devem apresentar avanço no conhecimento e implicações para a prática clínica, ensino ou pesquisa em enfermagem ou saúde.

Os documentos podem ser submetidos para publicação no idioma original (espanhol, inglês ou português), gratuitamente. No entanto, o autor terá a oportunidade de adicionar a versão publicável de seu artigo em outro idioma. A tradução e a correção filológica são de responsabilidade exclusiva do interessado, portanto, a versão em outro idioma deve ser acompanhada de ambos os certificados.

Os manuscritos não devem incluir as informações dos autores para garantir um processo de revisão cega.

Os manuscritos não devem incluir informações sobre o comitê de ética que permite o rastreamento do estudo, como nome do comitê e número de aprovação, essas informações devem ser incluídas no espaço correspondente na folha de rosto.

O artigo deve ser submetido através da plataforma OJS.

A revista possui uma licença Creative Commons para uso de artigos de acesso aberto.

Esta é uma publicação sem fins lucrativos da Universidade da Costa Rica, com o único interesse de contribuir para o conhecimento científico nas disciplinas da saúde, para o qual NÃO HÁ TAXA DE SUBMISSÃO OU PUBLICAÇÃO NO IDIOMA ORIGINAL DE SUBMISSÃO.

Estrutura e preparação de documentos

- Formato do documento: OpenOffice ou Microsoft Word.
- Margem de 3cm. em todas as bordas.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.
- Numeração contínua das linhas.

- Alinhamento de texto justificado a uma coluna.
- Use uma linguagem inclusiva. .

Processo de envio

O processo de submissão de documentos é feito através do Open Journals System (OJS). Você deve fazer o upload dos seguintes arquivos para o sistema:

1. Texto original completo no idioma original: inclui título, resumos e palavras-chave nos 3 idiomas (espanhol, inglês e português), texto principal, tabelas e figuras, declaração de conflito de interesse e referências. Omitir as informações dos autores neste documento.

2. Carta de declaração de originalidade e cessão de direitos.

3. Folha de rosto: Contém o nome do artigo nos 3 idiomas e as informações de todos os autores: nome completo, maior grau acadêmico concluído, profissão, afiliação institucional, cidade e país, ORCID. O autor da correspondência deve ser identificado e deve anotar a instituição de afiliação a partir da qual a pesquisa foi realizada e seu endereço de e-mail. Agradecimentos e fonte de financiamento, se aplicável. Assim como os dados do comitê de ética que aprovou a realização do estudo.

A contribuição de cada autor deve ser indicada de acordo com os critérios do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE):

1. Contribuições substanciais para a concepção ou projeto do trabalho; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho

2. Redija o artigo ou revise-o criticamente quanto ao conteúdo intelectual importante.

3. Aprovação final da versão a ser publicada.

4. Concorde em ser responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Essas quatro condições devem ser totalmente atendidas para ser considerado um autor. A folha de rosto deve ser assinada por todos os autores.

Da mesma forma, você deve sugerir dois possíveis nomes de revisores que não tenham conflitos de interesse para avaliar a publicação, incluir suas afiliações institucionais, interesses de pesquisa e seus e-mails.

Por fim, você deve preencher os metadados e demais informações solicitadas no sistema (seção, idioma de submissão, título, resumo, autoria e colaboradores, disciplina, palavras-chave, citações).

Preparação do texto

Título

O título deve ter no máximo 18 palavras no idioma original. Não devem ser utilizadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa. Deve ser claro e evidenciar o conteúdo do documento.

Resumo

Deve incluir um resumo em três idiomas (espanhol, inglês e português), com no máximo 250 palavras no idioma original, estruturado pelas seguintes seções: introdução, objetivo, método, resultado e conclusão. O subtítulo de cada seção deve ser destacado em negrito e seguido de dois pontos.

Palavras chave

Deve incluir de três a seis descritores em três idiomas (espanhol, inglês e português) separados por ponto e vírgula em ordem alfabética, as palavras compostas unidas por hífen; extraído do vocabulário DeCS/MeSH.

Orientações para apresentação de texto

Dependendo do tipo de artigo e do desenho da pesquisa, serão utilizadas as seguintes diretrizes: CONSORTE, TENDÊNCIA, ESTROBO, COREQ, PRISMA, PRISM ScR, JBI.

Corpo do documento

- Para artigos originais e de revisão.

Formato IMRYD. O texto deve ser dividido nas seguintes partes: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Declaração de Conflito de Interesses, Referências bibliográficas.

Introdução.

Esta parte do trabalho apresenta o problema específico em estudo, são anotados os antecedentes, a teoria e justificada a importância e a lacuna de conhecimento, apoiada por referências bibliográficas atualizadas. O objetivo geral e a hipótese (se aplicável) são anotados no final desta seção.

Materiais e Método.

Inclui o desenho da pesquisa, a população e a amostra (critérios de elegibilidade), o contexto, variáveis (se aplicável), instrumentos e técnicas de coleta de dados, procedimentos de recrutamento e coleta de dados, análise de dados e considerações éticas.

Resultados.

Devem ser apresentados em uma sequência lógica e concreta, ter uma análise estatística satisfatória, se for o caso. Os dados encontrados são registrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar o entendimento das informações, tabelas e figuras podem ser incluídas na seção (não envie separadamente). Não escreva no texto o que já está explicado nas tabelas para evitar redundância. Todas as tabelas e figuras devem ter uma fonte.

Discussão.

Neste espaço, os dados obtidos e os resultados alcançados são discutidos única e exclusivamente, apoiados em referências bibliográficas que discutem concordâncias ou diferenças nos resultados. Você deve apontar as limitações do estudo ou seu escopo, se houver. Além disso, as implicações para a prática de saúde devem ser expressas, novas hipóteses que possam surgir a serem desenvolvidas em estudos posteriores.

Conclusão.

Deve ser direto, claro e objetivo em resposta aos objetivos estabelecidos na introdução. Não cite referências bibliográficas.

Referências bibliográficas.

Os padrões de Vancouver são seguidos;

Dependendo do tipo de documento, o número de referências bibliográficas solicitadas é o seguinte: Artigos originais: até 40 referências, Artigos de revisão: até 60 referências, Ensaios: até 20 referências.

Citação de referências no texto: sobrescrito, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, sem parênteses. Quando forem sequenciais anote o primeiro e o último número separados por hífen, exemplo 2-8; quando intercalados, devem ser separados por vírgulas, exemplo 3-6,10.

Citação literal. Escreva-o entre aspas, em itálico e na sequência do texto.