



ISSN: 2230-9926

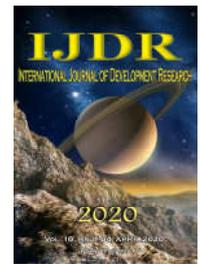
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 04, pp. 35280-35284, April, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.18488.04.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Eduarda Lima da Silva¹, Eyllanne Silva Rodrigues¹, Fabrícia Castelo Branco de Andrade², Francisco Lucas de Lima Fontes^{3*}, Rafael da Silva Nascimento⁴, Reberson do Nascimento Ribeiro⁵, Aline Sousa da Luz⁶, Ilana Maria Brasil do Espírito Santo⁷, Bentinelis Braga da Conceição⁸, Brenda Lícia Martins da Silva¹, Marineide Gomes do Nascimento⁹ and Rawenna Tallita da Costa Bandeira¹

¹Enfermeiras pela Faculdade UNINASSAU - Campus Redenção. Teresina, Piauí, Brasil; ²Enfermeira, mestre em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil; ³Enfermeiro, especialista em Saúde Pública e Docência do Ensino Superior, mestrado em andamento em Ciência Política pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil; ⁴Enfermeiro, especialização em andamento em Estética Aplicada pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo. Teresina, Piauí, Brasil; ⁵Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário UniFacid | Wyden. Teresina, Piauí, Brasil; ⁶Enfermeira, especialista em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil; ⁷Enfermeira, especialista em Saúde da Família e Atenção Primária pelo Centro Universitário Internacional UNINTER. Curitiba, Paraná, Brasil; ⁸Enfermeira, especialista em Saúde Pública e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Evangélica do Meio Norte. Coroatá, Maranhão, Brasil; ⁹Enfermeira, especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil; ¹⁰Enfermeira, especialização em andamento em Saúde Pública e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Evangélica do Meio Norte. Coroatá, Maranhão, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 16th January, 2020

Received in revised form

24th February, 2020

Accepted 26th March, 2020

Published online 30th April, 2020

Key Words:

Sífilis Congênita, Enfermeiros, Cuidado Pré-Natal, Saúde da Família.

*Corresponding author: Francisco Lucas de Lima Fontes,

ABSTRACT

Objetivou-se com este estudo analisar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca da atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão integrativa de natureza exploratória. O levantamento dos artigos na literatura deu-se por meio de pesquisa na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados em Enfermagem. A amostra final contou com 16 artigos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Verificou-se que a assistência de má qualidade, o início tardio do pré-natal, a não conclusão do tratamento para a sífilis são fatores que contribuem para o aumento da transmissão vertical da doença. A maior dificuldade que o enfermeiro encontra na prestação de uma assistência qualificada relaciona-se a aspectos do próprio atendimento e dificuldades de adesão à terapêutica, pois em muitos casos tanto o parceiro quanto a mãe com sífilis não aderem à terapia ou realizam o tratamento de forma incompleta.

Copyright © 2020, Maria Eduarda Lima da Silva et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Maria Eduarda Lima da Silva, Eyllanne Silva Rodrigues, Fabrícia Castelo Branco de Andrade et al. "Atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita no âmbito da estratégia de saúde da família", *International Journal of Development Research*, 10, (04), 35280-35284.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é estimado mais de um milhão de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia mundialmente (BRASIL, 2017). Dentre essas infecções destaca-se a sífilis, doença infectocontagiosa sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, geralmente transmitida por relações sexuais desprotegidas, transfusão de sangue contaminado ou por transmissão vertical passada da mãe para filho durante a gravidez (BRASIL, 2010).

A sífilis no período gestacional leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais anualmente no mundo, e coloca em risco de morte prematura mais 215 mil crianças (BRASIL, 2017). O *Treponema* pode atravessar a barreira transplacentária em qualquer fase da gravidez, contaminando o bebê. A gestante com sífilis em estágio primário ou secundário tem probabilidade de mais de 70% de infectar seu bebê e cerca de 40% dos infectados podem vir a óbito caso não seja feito o tratamento adequado (REZENDE; BARBOSA, 2015). A notificação da sífilis é obrigatória em todo o Brasil. Dados do Boletim Epidemiológico de 2017 mostram que a taxa de

detecção em gestantes foi de 12,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos, considerando o total de 37.436 casos da doença em 2016 e um total de 20.474 casos de sífilis congênita com uma taxa de incidência de 6,8 a cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2017). Os coeficientes demonstram que a sífilis congênita prevalece ainda como um grave problema de saúde pública, por isso é preciso a implantação e execução de medidas que visem o controle dos casos e posteriormente a erradicação da doença no país (BITTENCOURT; PEDRON, 2012). A doença manifesta-se na criança após o nascimento até os dois anos de idade. Quando a gestante adquire a sífilis pode haver infecção sintomática e assintomática nos recém-nascidos. Na maioria dos casos os sinais e sintomas da doença aparecem nos primeiros meses de vida (SILVA *et al.*, 2015). As manifestações clínicas são caracterizadas por erupções cutâneas na face, região palmar e plantar, anemia hemolítica, periostite sífilítica, inflamações ósseas, hidropisia, caroidite e lesões oculares (ROMANELLI *et al.*, 2014). Para fazer o monitoramento de diagnóstico de sífilis em gestantes, o exame de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) deve ser realizado no primeiro trimestre da gravidez, o qual precisa ser feito novamente no terceiro trimestre e repetido antes do nascimento na admissão do pré-parto. Para as gestantes que não tiveram acompanhamento pré-natal, é necessário realizar o teste antes do parto (FIGUEIREDO *et al.*, 2015). Além do incentivo ao pré-natal precoce, o Ministério da Saúde intensifica a necessidade do tratamento adequado tanto da gestante como de seus parceiros sexuais, com a utilização de Penicilina G Benzantina, um método seguro e eficaz no tratamento da sífilis e essencial para a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2016).

A assistência do pré-natal é de suma importância para o tratamento da doença e prevenção da transmissão mãe-bebê, nos casos de gestantes diagnosticadas com sífilis (SILVA *et al.*, 2015). A contaminação do bebê pode ser evitada em 97% dos casos se a grávida iniciar o pré-natal logo nos primeiros meses gestacionais. O início tardio do pré-natal, a falta de informação por parte da população, a negligência quanto às medidas preventivas pelas autoridades e agentes de saúde e o início de atividades sexuais precocemente são fatores diretamente ligados à sífilis congênita (DOMINGUES *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Ao analisar a atual conjuntura ressalta-se a importância de atuação do enfermeiro na prevenção deste agravo no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante o acompanhamento pré-natal. Seu conhecimento e a correta implementação de boas práticas assistenciais auxiliam no combate à patologia e norteiam a gestante diagnosticada com sífilis na adoção de condutas que protejam seu bebê. Considerando-se a relevância do tema, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca da atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de natureza exploratória, que teve como questão norteadora “Quais as evidências científicas disponíveis na literatura acerca da atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita no âmbito da Estratégia de Saúde da Família?”. A pesquisa foi realizada em 2019 utilizando como critérios de inclusão artigos disponíveis na íntegra, de maneira gratuita, em língua portuguesa, publicados entre 2012 e 2019. Como critérios de

exclusão optou-se por não utilizar livros, monografias, dissertações, teses, textos incompletos e artigos que não estavam relacionados à temática estudada. O levantamento dos estudos na literatura foi realizado por meio de pesquisa na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDeEnf). Durante a busca, os descritores foram cruzados entre si com o uso do operador *booleano* AND, empregando-se também o filtro de datas em todas as buscas. Foram utilizados para busca dos artigos os seguintes descritores: “sífilis”, “sífilis congênita”, “transmissão vertical”, “cuidado pré-natal” e “assistência de Enfermagem”. Após a realização das buscas foram encontrados 122 artigos relevantes ao tema estudado. Para realização desta pesquisa os artigos foram selecionados e submetidos a leitura exploratória, analítica e interpretativa, dentre eles 16 estudos que mais estavam de acordo com tema foram utilizados para construção desta revisão integrativa, sendo: 6 artigos da LILACS, 3 artigos da BDeEnf e 7 artigos da SciELO. O caminho percorrido para a inclusão de artigos nessa revisão está apresentado na Figura 1.

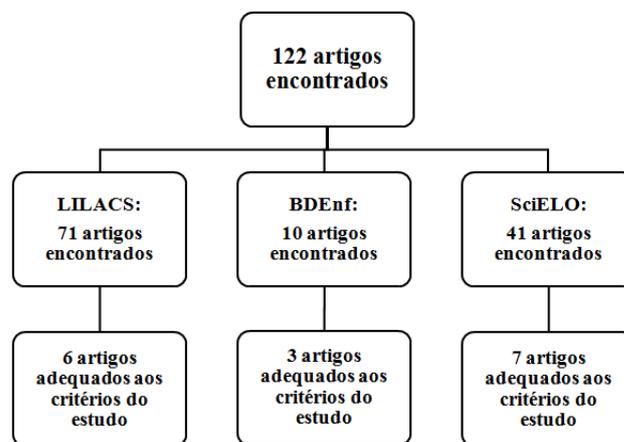


Figura 1. Processo de busca e seleção dos artigos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos artigos selecionados foram levantadas três categorias para discussão que versam sobre a transmissão da sífilis no período gestacional, as dificuldades enfrentadas para uma assistência pré-natal qualificada e a atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita.

Transmissão da sífilis no período gestacional

A sífilis frequentemente é transmitida sexualmente, por contato com lesões muco-cutâneas ricas em treponemas, podendo ser transmitida também por transfusão sanguínea com sangue contaminado e por transmissão vertical quando o bebê é infectado através da placenta ou pelo canal do parto, caracterizando a sífilis congênita (DOMINGUES *et al.*, 2014). Pode ser classificada pelo tempo de infecção do paciente como sífilis recente ou sífilis tardia; ou pela manifestação dos aspectos clínicos como sífilis primária, secundária, latente, terciária e neurosífilis (SARACENI *et al.*, 2012). No Brasil é a infecção congênita mais comum atingindo 3,51 por 1.000 nascido-vivos. Dentre as doenças que podem ser transmitidas da mãe para o bebê durante a gestação, a sífilis é a que possui maior probabilidade de contaminação do feto, devido a

facilidade de o agente etiológico atravessar a barreira transplacentária (DOMINGUES *et al.*, 2013). A transmissão vertical da sífilis dá-se em qualquer período da gravidez. Acredita-se que o risco de transmissão para o feto ocorra entre 30 e 100% dos casos, mas isso depende do estágio da doença na mãe. Quanto mais cedo for a infecção e maior for a espiroquetemia, maior será o risco de contaminação no bebê (MAGALHÃES *et al.*, 2013). Bebês infectados pela sífilis na maioria das vezes não apresentam manifestações clínicas ao nascer, o que torna difícil tanto o diagnóstico quanto a conscientização da mãe sobre a necessidade da investigação e do acompanhamento da criança. Porém, a partir dos primeiros anos de vida podem aparecer lesões progressivas articulares, dentárias e oculares, além de sequelas irreversíveis como surdez e déficit de aprendizagem (FELIZ *et al.*, 2016). Indicadores epidemiológicos mostram o aumento da sífilis congênita, apontando que, apesar do tratamento fácil e barato existem falhas nos cuidados ofertados à gestante. A transmissão vertical é evitável, desde que a portadora seja diagnosticada e tratada precocemente. O diagnóstico é realizado através do VRDL, um teste não treponêmico que tem como base o antígeno cardiolipina, apresentando pouca especificidade, alta sensibilidade, baixo custo e rápida negatização em resposta ao tratamento, sendo ideal para o rastreamento da sífilis e para o controle de cura (DOMINGUES *et al.*, 2014). O teste laboratorial da sífilis pode ser realizado a partir de lesões cutâneo-mucosas da primeira e segunda fase da doença, e também no cordão umbilical e placentar. O agente causador da sífilis leva o organismo a formar dois tipos de anticorpos: os não treponêmicos ou reaginas (inespecíficos) e os treponêmicos (específicos) (TANNOUS *et al.*, 2017).

Quando o resultado da sorologia para sífilis for positivo, deve-se realizar aplicação da primeira dose do tratamento com Penicilina G Benzatina. Um estudo realizado na África apresentou a eficácia de tratamentos mais simples, com apenas uma dose de Penicilina para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, sendo o tratamento recomendado pela OMS para a prevenção dos resultados perinatais negativos relacionados à sífilis gestacional (DOMINGUES *et al.*, 2013). O tratamento com a Penicilina é o mais adequado para gestante. O ideal é que sua conclusão ocorra 30 dias antes do parto, utilizando dose da medicação de acordo com o estágio da doença juntamente com parceiro sexual que deve ser adequadamente medicado. É de extrema importância o tratamento do casal e a colaboração de todos envolvidos, porque somente assim será possível alcançar o objetivo desejado do controle dessa infecção (LAFETÁ *et al.*, 2016). Em casos de gestantes que foram adequadamente tratadas com Penicilina realiza-se apenas o teste não treponêmico no recém-nascido; em caso não reagente, na impossibilidade de acompanhamento realiza-se o tratamento com dose única de Penicilina G Benzatina. Nos casos com resultados positivos é realizada a investigação com VDRL, radiografia de ossos longos, hemogramas e exame do líquido. A subsequência da triagem é feita em consultas mensais até os seis meses de vida, em seguida, a cada dois meses até o primeiro ano de vida com VDRL trimestral e exames do líquido semestrais (LAFETÁ *et al.*, 2016). O Ministério da Saúde define que toda criança exposta à sífilis durante a gestação, tratada ou não no período neonatal, deve ser monitorada ambulatoriamente. Para isso implementou critérios no intuito de reconhecer e supervisionar esses indivíduos com diagnóstico de sífilis congênita a serem

observados desde o nascimento e durante o seguimento ambulatorial (FELIZ *et al.*, 2016).

Dificuldades enfrentadas para uma assistência pré-natal qualificada

Nesta categoria foram ressaltadas as principais dificuldades encontradas diante da assistência pré-natal para a prevenção e tratamento da sífilis congênita. Autores destacam que é possível evitar a transmissão vertical de doenças quando existe um considerável investimento firme no seu controle, porém o controle da sífilis congênita parece que ainda não simboliza um problema importante a ser investido pelos responsáveis pelas políticas públicas de saúde, considerando que esse problema é antigo e ainda mantém-se na atualidade sem solução (CAMPOS *et al.*, 2012). A ocorrência elevada da sífilis congênita tem como principal responsável a assistência inadequada do pré-natal. A doença também está associada a questões socioeconômicas, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), uso de drogas e pouca utilização do sistema de saúde. Os fatores de risco individuais abrangem gestantes menores de idade, raça/cor negra, pouca escolaridade, história de IST, diagnóstico de sífilis em gestações anteriores, diversos parceiros e baixa renda. Além da garantia à assistência de saúde, a qualidade do atendimento durante o pré-natal e no momento do parto é relevante para a redução de casos de sífilis congênita (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Os problemas que atingem a prevenção da sífilis congênita geralmente estão relacionados a assistência do pré-natal, como a não realização ou o atraso da entrega de exames, abandono do pré-natal, dados incompletos nos prontuários e fichas epidemiológicas, dificuldade no tratamento dos parceiros e desafios para o manejo da infecção por parte dos profissionais (CARDOSO *et al.*, 2018). Apesar do aumento das coberturas de pré-natal, ainda é possível observar uma baixa eficácia das ações para a prevenção da sífilis congênita. A grande quantidade de casos não pode ser atribuída especificamente à ESF, mas sim à cobertura de pré-natal e ao perfil demográfico do local onde foi implantada a Estratégia, com a proposta de que altas coberturas de ações básicas sejam capazes de maquiagem desigualdades de acesso, além de não permitir identificação da qualidade dessa atenção (ARAÚJO *et al.*, 2012). Apenas a qualidade do pré-natal que a gestante tem acesso não é suficiente para garantir o controle da sífilis materna e congênita e o alcance da redução de incidência da doença. O estudo realizado por esses autores mostrou que a abordagem inicial para descoberta e tratamento da sífilis congênita não estava de acordo com as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Outro estudo realizado em 2016 revelou falta de capacitação dos profissionais na execução de uma assistência pré-natal qualificada. Os participantes demonstraram dificuldades no gerenciamento de casos clínicos da sífilis, além de serem desconhecedores de algumas documentações necessárias para a notificação do agravo (SUTO *et al.*, 2016). Em relação às atuações das práticas profissionais, autores identificaram erros relacionados ao diagnóstico, tratamento, controle de cura, prevenção da doença, abordagem dos parceiros, desafios para administração da Penicilina na ESF e baixa familiaridade com o protocolo, considerando o baixo percentual de acerto nos casos clínicos (SUTO *et al.*, 2016). As mulheres com renda familiar mais baixa e que residem na zona rural são as que recebem a pior assistência pré-natal. Isso evidencia que, tanto

gestores quanto profissionais de saúde, ainda não conseguiram trabalhar dentro do atendimento pré-natal com aquelas gestantes que necessitam de um acolhimento diferenciado, com estímulo ao autocuidado e responsabilização no acompanhamento de seu bebê durante todo o período gestacional. No período gestacional é fundamental que os profissionais prestem cuidados qualificados e orientações às gestantes (MARTINELLI *et al.*, 2014). Muitas mulheres dão pouca relevância à doença e, mesmo depois do resultado do diagnóstico positivo, não aderem ao tratamento, tampouco adotam práticas sexuais seguras. Decorrente ao estágio da sífilis em que se encontram, a sintomatologia pode ser ausente ou não perceptível, o que as levam a não considerar a infecção como um agravo importante para a sua saúde e a de seu filho (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita

Segundo estudo de 2013, a alta incidência de sífilis congênita está relacionada ao manejo inapropriado dos casos devido a perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado; à ausência de aconselhamento; ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados ou o não tratamento das gestantes e parceiros sexuais. O autor declara que há uma grande necessidade de revisão dos métodos adotados e maior comprometimento dos profissionais de saúde diante deste problema evitável (DOMINGUES *et al.*, 2013). A redução da sífilis no período gestacional e, conseqüentemente da sífilis congênita, só será possível quando forem adotadas políticas públicas de saúde efetivas na prevenção e combate ao agravo. Dentro disso, profissionais de saúde, em especial o enfermeiro que realiza o acompanhamento pré-natal, necessita de adequada capacitação para a busca ativa de gestantes que não realizam o pré-natal e não procuram os serviços de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2013). Em meio a esses aspectos necessários a uma correta assistência, atenção especial deve ser dada a questões emocionais e sentimentais que essa gestante passa ao receber o diagnóstico. Sentimentos de culpa, medo e tristeza são frequentes. Por vezes, a não adesão ao tratamento pode ocorrer devido ao estigma social que a patologia traz consigo, o que evidencia a importância da atuação do enfermeiro na escuta qualificada e norteio sobre a doença (SILVA *et al.*, 2019). Para atingir os objetivos é necessário que a assistência ofertada seja contínua e cumpra com os requisitos da realização das consultas pré-natais o mais breve possível. Além disso, o atendimento à gestante com sífilis deve ser de boa qualidade, contemplando escuta qualificada, orientações e incentivo de retorno às consultas e adesão ao tratamento. O diagnóstico precoce seguido de uma terapêutica adequada pode prevenir a transmissão vertical, gerando resultados positivos para mãe e filho (ACOSTA *et al.*, 2016).

Quando o exame VDRL for positivo para sífilis durante a gestação, o enfermeiro da ESF deve realizar a notificação, investigação e o implementação do tratamento precocemente com a prescrição e administração da Penicilina G Benzatina, assim como a supervisão sorológica, promovendo uma assistência qualificada no pré-natal com vistas à prevenção da transmissão vertical da doença (SUTO *et al.*, 2016). Os profissionais de saúde que integram as unidades básicas e maternidades, assim como os profissionais da equipe de Enfermagem destinados ao cuidado, devem prestar às gestantes a orientação apropriada quanto à prevenção, transmissão e tratamento da sífilis gestacional e congênita nos

diversos níveis de assistência. O enfermeiro deverá estar apto a lidar com aspectos comportamentais e culturais e coordenar os cuidados oferecidos à gestante com sífilis (ARAÚJO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2019). Autores disseram que o crescimento dos casos de abandono ao tratamento é resultante muitas vezes dos parceiros das gestantes, que por falta de informação e acompanhamento iniciam o tratamento e não o completam, além daqueles casos em que o parceiro recusa veementemente a terapêutica, o que desestimula a mulher a continuar se tratando. Devido a esse grande índice, é necessário que o enfermeiro intervenha seus cuidados trabalhando na melhoria de sua assistência no âmbito da ESF, prioritariamente no pré-natal, buscando por meio de escuta e orientações qualificadas gerar resultados positivos e uma qualidade de vida melhor não só às pacientes gestantes e seus bebês, mas também aos demais pacientes diagnosticados com sífilis (MAGALHÃES *et al.*, 2013). Diante dessa situação, percebeu-se a necessidade de políticas públicas que promovam a sensibilização e qualificação do enfermeiro na assistência pré-natal, capacitando-o quanto à notificação e manuseio clínico da sífilis no curso da gestação. Com relação à captação dos parceiros referente ao tratamento da doença, observou-se a necessidade de realização de estratégias mais eficientes à terapia, como busca ativa, comunicação ativa e construção de vínculo para atender às fragilidades deste grupo (ARAÚJO *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

Os estudos analisados apresentaram algumas semelhanças com o padrão de avaliação adotado. Grande parte dos autores pautou a má qualidade da assistência, o início tardio do pré-natal, a não adesão ao tratamento e as dificuldades de acesso das gestantes às consultas pré-natais como os principais fatores para o elevado número de casos de transmissão vertical da sífilis no Brasil. A maior dificuldade que o enfermeiro encontra diz respeito à realização da assistência, principalmente em relação à terapêutica, pois em muitos casos tanto o parceiro quanto a mãe com sífilis não aderem à terapia ou realizam o tratamento de forma incompleta. As orientações do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na assistência ao pré-natal são de suma importância na prevenção da sífilis congênita e redução dos riscos que tal doença pode trazer ao conceito durante e após a gestação. Em relação a qualidade da assistência na consulta pré-natal, espera-se que este estudo contribua a uma melhor capacitação e especialização do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na tomada de condutas adequadas diante dos casos de sífilis encontrados. Ademais, é desejável a realização de busca ativa das gestantes precocemente na população adscrita, com vistas ao alcance de resultados positivos no tratamento precoce e uma assistência qualificada na prevenção da sífilis congênita, considerada um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante.

REFERÊNCIAS

- Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. 2016. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev Panam Salud Publica*40(6):435-442.
- Araújo CL, Shimizu HE, de Sousa AIA, Hamann EM. 2012. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*46(3):479-486.

- Bittencourt RR, Pedron CD. 2012. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. *J Nurs Health*2(1):9-17.
- Brasil 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico - Sífilis Ano V. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim epidemiológico - outubro 2017. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim epidemiológico - Sífilis 2017. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC 2012. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*34(9):397-402.
- Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP 2018. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*23(2):563-574.
- Domingues RMSM, Leal MC (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*32(6):e00082415.
- Domingues RMSM, Saraceni V, Harts ZMA, Leal MC (2013). Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*47(1):147-157.
- Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Leal MC (2014). Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*48(5):766-774.
- Feliz MC, Medeiros ARP, Rossoni AM, Tahnus T, Pereira AMVB, Rodrigues C (2016). Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Rev Bras Epidemiol*19(4):727-739.
- Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR (2015). Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene*16(3):345-354.
- Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR (2016). Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*19(1):63-74.
- Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP (2013). Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*29(6):1109-1120.
- Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE (2014). Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*36(2):56-64.
- Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC (2015). Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*24(4):681-694.
- Oliveira LG, Silva IPG, Athaide TCA, Teixeira ISC, Rodrigues KMA, Tiago ACS *et al* (2019). Prevalência e indicadores
- Rezende EMA, Barbosa NB (2015). A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Revista APS*18(2):220-232.
- Romanelli RCM, Carellos EVM, Campos FA, Pinto ASP, Marques BA, Anchieta LM *et al* (2014). Abordagem neonatal nas infecções congênitas – toxoplasmose e sífilis. *Rev Méd Minas Gerais* 24(2):202-215.
- Saraceni V, Miranda AE (2012). Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saúde Pública*28(3):490-496.
- Silva JG, Gomes GC, Ribeiro JP, Nobre CMG, Nörberg PKO, Mota MS (2019). Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe. *Rev Enferm UERJ*27:e4103.
- Silva MAM, Sousa ACJ, Albuquerque ES, Moreira ACA, Martins KMC (2015). Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm UFPI*4(2):84-91.
- Silva TCA, Pereira AML, Silva ERG, Sá LC, Coêlho DMM, Barbosa MG (2015). Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *R Interd* 8(1):174-182.
- sociais da sífilis congênita na região norte, no período de 2010 a 2018. *International Journal of Development Research*9(7):29101-29105.
- Suto CSS, Silva DL, Almeida ES, Costa LEL, Evangelista TJ (2016). Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saúde*5(2):18-33.
- Tannous LSD, Pansieira CJ, Ribeiro MP, Oliveira MS, Contiero NC (2017). Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis congênita na região de Catanduva-SP. *Cuidart Enferm*11(2):187-192.
