

Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes em Minas Gerais, de 2013 a 2017

Epidemiological profile of notified cases of syphilis in Minas Gerais, 2013-2017

Brisa Jorge Silveira¹, Bianca Portugal Cardoso Rocha², André Augusto Dias Silveira¹, Ludmila Cotrim Fagundes¹, Alexandre Vitor Dias Silveira³, Carla Dayana Durães Abreu², Antonio Silveira de Sá¹, Wilandell Neves Fernandes Rocha¹

RESUMO

Introdução: A sífilis durante a gravidez é um grave problema de saúde pública. Em 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, com 185 óbitos no Brasil. O fator determinante para a diminuição dos casos é o pré-natal de qualidade.

Objetivo: Avaliar o perfil dos casos notificados de sífilis em gestante no estado de Minas Gerais, entre 2013 a 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo sobre o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante em Minas Gerais entre 2013 a 2017. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e categorizados quanto ao número de casos, ano de diagnóstico, faixa etária, nível de escolaridade, raça, região e estágio clínico ao diagnóstico. **Resultados:** Em 2017 foi demonstrado um aumento de 132% dos casos de gestantes com sífilis, em comparação com 2013. Houve predomínio na região central do estado (43,30%). 92,50% se referem a gestantes moradoras da zona urbana. A faixa etária mais acometida foi 20 a 39 anos. A maior parte (46,3%) se declara como parda. E a escolaridade 5ª a 8ª série incompleto do ensino fundamental foi a mais prevalente (16,05%). A classificação clínica mais comum da sífilis materna foi a primária (34,7%). **Conclusão:** A assistência pré-natal adequada deve ser iniciada precocemente. É necessária a capacitação das equipes das Unidades Básicas para garantirem ações educativas, identificação de situações de risco, diagnóstico e tratamento oportuno.

Palavras-chave: Sífilis; Cuidado Pré-natal; Sífilis Congênita.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros Montes Claros, MG, Brasil.

² FUNORTE Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

³ Faculdades Integradas Pitágoras Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Instituição:

Universidade Estadual de Montes Claros Montes Claros, MG, Brasil.

* Autor Correspondente:

Ludmila Cotrim Fagundes

E-mail: ludmilacotrimfagundes@gmail.com

Recebido em: 12/07/2020.

Aprovado em: 01/12/2020.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis during pregnancy is a serious public health problem. In 2016, 37,436 cases of syphilis in pregnant women and 20,474 cases of congenital syphilis were reported, with 185 deaths in Brazil. The determining factor for the decrease in cases is the prenatal quality. **Objective:** To evaluate the profile of notified cases of syphilis in pregnant women in Minas Gerais, between 2013 to 2017. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study on the epidemiological profile of notified cases of syphilis in pregnant women in Minas Gerais from 2013 to 2017. Data were obtained from the Notification of Disease Information System, the from the Department of Informatics of the Unified Health System and categorized according to the number of cases, year of diagnosis, age group, level of education, race, region and clinical stage at diagnosis. **Results:** In 2017 there was a 132% increase in cases of pregnant women with syphilis compared to 2013. There was a predominance in the central region of the state (43.30%). 92.50% refer to pregnant women living in urban areas. The most affected age group was 20 to 39 years. Most (46.3%) declare themselves as brown. And the 5th to 8th grade incomplete elementary schooling was the most prevalent (16.05%). The most common clinical classification of maternal syphilis was primary (34.7%). **Conclusion:** Appropriate prenatal care should be started as early as possible. The training of Basic Units teams is necessary to ensure educational actions, identification of risk situations, diagnosis and timely treatment.

Keywords: Syphilis. Prenatal care. Congenital syphilis.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, infecciosa, sistêmica e de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. É mais frequente em grandes centros urbanos, afetando igualmente todas as classes sociais.^{1,2,3}

Sua transmissão pode ocorrer por via vertical, sexual ou mais raramente por transfusões sanguíneas e inoculação acidental. Sendo que constitui uma doença de notificação compulsória tanto na forma congênita, quanto na forma adquirida, desde 1986 e 2005, respectivamente.^{1,2,4}

A forma adquirida pode ser subdividida em primária, secundária, latente ou terciária, de acordo com o tempo de infecção e do grau de infectividade.^{1,5} O risco de transmissão vertical existe em qualquer fase da doença e em qualquer trimestre da gravidez, sendo maior nas fases primárias e secundárias da doença, com taxa de 50 a 85% em mulheres não tratadas, e de 30% nas fases latente e terciária.¹

A sífilis durante a gravidez é um grave problema de saúde pública por ser causa importante de morbidade e mortalidade perinatal.⁶ Estima-se que ocorram cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis no mundo anualmente, 500 mil crianças com sífilis congênita, e ainda, que a infecção materna acarrete 500 mil casos de natimortos e abortos.⁷ A maioria desses casos ocorre nos países em desenvolvimento, como nos países da América Latina, na África e em países

da Ásia onde sua incidência é elevada, mas também nos países desenvolvidos é uma doença epidemiologicamente importante.^{8, 9, 10}

No Brasil, a sífilis permanece com incidência alta. No ano de 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, com 185 óbitos entre eles no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste, com elevadas taxas de sífilis em gestantes nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, levando-se em consideração as taxas individualmente para cada estado.¹¹

A despeito da notificação da sífilis congênita e da sífilis na gestante ser compulsória, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados, demonstrando o subregistro dos dados e falha na assistência pré-natal e no parto.^{12,13,5}

O fator determinante da diminuição dos casos de sífilis na gestação e, consequentemente, de sífilis congênita, é a assistência pré-natal de qualidade, em que a doença pode ser facilmente controlada através de testes diagnósticos e tratamento eficaz.^{5, 14, 15} Sendo assim, o rastreamento durante o pré-natal e o parto é objetivo do Ministério da Saúde.^{1, 16}

Dessa maneira, a atenção primária à saúde constitui mecanismo fundamental de garantir uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, com o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante podendo ser realizado com baixo custo

e pouca ou nenhuma dificuldade operacional, através das consultas mensais e exames periódicos.^{1,13,16} Tanto o médico, quanto o enfermeiro das equipes devem ser capazes de conduzir uma assistência pré-natal adequada, detectando as doenças no início da gravidez e, assim, orientando a gestante quanto à importância do próprio tratamento.^{1,17,18,19}

As gestantes devem ser submetidas ao exame sorológico sistematicamente pelo menos duas vezes na gravidez: na primeira consulta do pré-natal e próximo à 30ª semana, e ainda no momento da internação hospitalar para parto ou curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria MS/GM nº 766/2004. Os dois primeiros exames são para garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança.¹

Os testes sorológicos dividem-se em dois tipos: treponêmicos e não treponêmicos. Os testes não treponêmicos mais utilizados são o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasm Reagin). Eles são quantitativos e importantes para o diagnóstico e o seguimento. Já os testes treponêmicos são qualitativos e detectam a presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum*, assim, são úteis para confirmar a infecção, não diferenciando doença ativa de cicatriz sorológica.¹ O VDRL é o ideal para o rastreio e controle de cura, pois tem alta sensibilidade, baixo custo e rápida negatização em resposta ao tratamento.⁸

A definição dos casos de sífilis em gestantes consiste em mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio ou dois testes reagentes, independentemente de tratamento prévio; nas gestantes sintomáticas, a definição do caso baseia-se em apenas um teste (treponêmico ou não treponêmico).¹¹

Para assegurar que a gestante seja tratada adequadamente, o tratamento deve ser feito com Penicilina G Benzatina, nas doses apropriadas à fase da infecção. É a droga de escolha para o tratamento da sífilis, de baixo custo, fácil acesso e grande eficácia.¹

Perante o exposto, este estudo teve por objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante no estado de Minas Gerais, entre os anos de 2013 a 2017, de acordo com a base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).²⁰

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), pelo endereço eletrônico eletrônico <http://tabnet.datasus.gov.br/>.²⁰

Os dados obtidos foram referentes aos casos notificados de sífilis em gestantes que ocorreram no estado de Minas Gerais no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017. As variáveis utilizadas foram: número de casos, ano de diagnóstico, faixa etária, nível de escolaridade, raça/cor, zona de moradia (rural ou urbana) e classificação do estágio clínico da doença ao diagnóstico.

As variáveis foram expostas em forma de tabelas e analisadas através do cruzamento dos dados. Para análise e gerenciamento dos dados foi utilizado o software Excel 12.0 (Office 2007). Posteriormente, as informações foram confrontadas com a literatura pertinente.

Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Conforme dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017, no estado de Minas Gerais, foram identificados 12.183 casos, da faixa etária dos 10 aos 59 anos, de sífilis em gestantes. A média foi de 2.436,6 casos por ano, cujo menor número foi de 1254 casos (ano 2013) até um máximo de 3483 (ano 2017) no período estudado, com um comportamento ascendente da curva, mais acentuado entre 2013 e 2015 (Figura 1). Assim, considerando-se o número de nascidos vivos em 2013 (n= 258.635) e em 2017 (n= 260.783), tem-se uma taxa de 4,84 casos por mil nascidos vivos e 11,16 casos por mil nascidos vivos, respectivamente, para o ano de 2013 e de 2017.

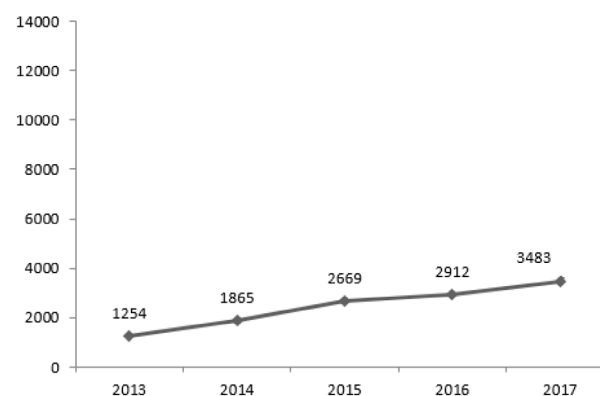


Figura 1. Número de casos notificados de sífilis em gestantes em Minas Gerais, por ano, de 2013 a 2017. Fonte: SINAN²⁰

A figura 2 ilustra a distribuição dos casos nas diferentes regiões do estado. É notório o grande predomínio de casos no Centro, com 5276 (43,30%) notificações de sífilis em gestante. Demais regiões variam de 56 a 1124 casos, demonstrando menor volume (Figura 2).

Levando-se em conta a faixa etária, entre os 20 e 39 anos concentrou-se o maior número de casos em cada um dos cinco anos, com um total de 8558 casos diagnosticados (70,24%) de 2013 a 2017. Em segundo lugar, encontra-se a faixa etária dos 15 aos 19 anos (n= 3258 / 26,74%).

A tabela 2 traz informações acerca dos dados sociodemográficos. Foi avaliada a cor/raça, escolaridade e zona de moradia (urbana ou rural). Quanto à cor/raça, 5637 (46,3%) das gestantes se declararam como pardas, seguido por 2833 (23,3%) que se declararam como brancas.

Não houve o preenchimento do nível de escolaridade na maior parte das notificações de sífilis em gestantes (n = 5230/ 42,93%), porém, considerando-se os casos restantes cujo preenchimento da notificação foi realizado, observa-se que a maioria delas tem nível de 5ª a 8ª série incompleto do Ensino Fundamental (n= 1955/ 16,05%).

Em relação à zona de moradia, 11270 (92,50%) casos se referiam a gestante moradoras da zona urbana, contrapondo-se a 607 (4,98%) moradoras da zona rural. O restante correspondeu à zona periurbana e em outros esse item foi ignorado.

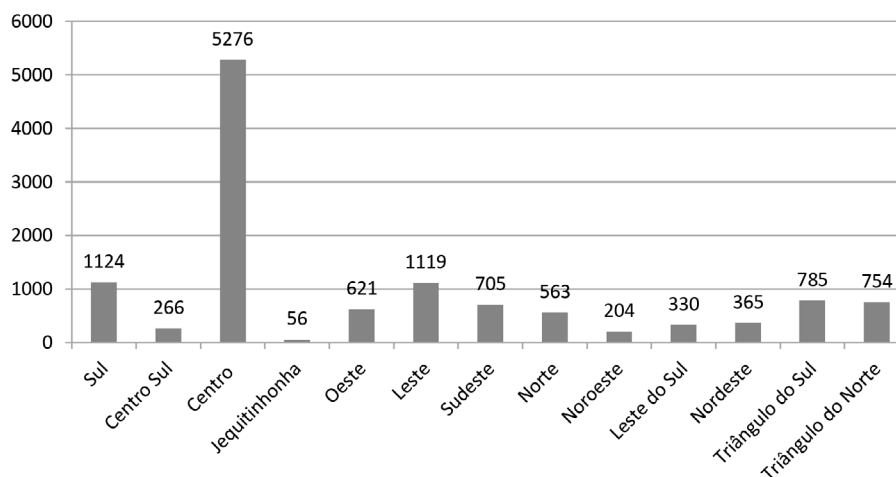


Figura 2. Número de casos notificados de sífilis em gestantes em Minas Gerais, por macrorregião, de 2013 a 2017. Fonte: SINAN²⁰

A tabela 2 mostra ainda os casos de sífilis em gestante nos anos em estudo segundo a classificação clínica da infecção. Excetuando-se os casos de não preenchimento (n= 4696/ 38,54%), que correspondeu à maior parcela das notificações, foi observado que a maior parte é classificada como primária (n = 4228/ 34,70%), seguido pela fase latente (n= 1617/ 13,27%).

DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2017)¹¹, o Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Foram notificados entre o ano de 2005 a junho de 2017 um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes, em que, destes, 44,2% dos casos são residentes na Região Sudeste do Brasil.¹¹ No presente estudo, também foi evidenciado o aumento do número de casos no estado de Minas Gerais, em que no ano de 2013 foram notificados 1254 casos e em 2017, 2912 casos de sífilis em gestantes, demonstrando um aumento de 132%.

A taxa de casos por mil nascidos vivos foi, nesse estudo, de 4,84 em 2013 para 11,16 em 2017. Segundo Brasil (2017),¹¹ no Brasil, entre os anos de 2010 e 2016, a elevação da taxa de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentou cerca de três vezes, passando de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos.

De acordo com Padovani, Oliveira, Peloso (2018),²¹ estudo feito no Paraná, mostrou que das gestações ocorridas de 2011 a 2015, no estado citado houve 2,02 casos de

sífilis em gestantes por mil nascidos vivos no ano de 2011 e 12,79 casos por mil nascidos vivos em 2015, demonstrando aumento ainda mais significativo dos casos.

Essa curva ascendente de casos no presente estudo, com tendência de aumento mais acentuada semelhante aos dados nacionais e do estado do Paraná, representa, segundo o Ministério da saúde (2017),¹¹ em maior parte o aumento do número de casos em notificação, ao invés de um real aumento do número de casos. Tal melhoria da notificação pode ser atribuída a avanços da vigilância epidemiológica, à capacitação de recursos humanos, à maior atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que permite maior acessibilidade das gestantes à consulta pré-natal, e à implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) nas maternidades de referência.^{1,22}

Contudo, ainda assim é notável a subnotificação no país, com base no número de casos esperados, estimando-se uma média de 67% ao ano no SINAN.²² A subnotificação é uma realidade no Brasil e em diversas outras nações. Na América Latina, estima-se a subnotificação de 34% no Peru, 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela¹⁰. No Brasil, ainda somente 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados, segundo BRASIL, 2004 e BRASIL, 2007, o que denota falhas a serem corrigidas nos serviços da assistência no período pré-natal e no parto.^{5,12,13}

Dessa maneira, é pertinente e necessário, em concordância a Costa *et al* (2013),²³ o desenvolvimento de ações efetivas para o controle da sífilis nas gestantes, com planejamento de educação em saúde para a população, uma

Tabela 1. Número de casos notificados de sífilis em gestantes em Minas Gerais, por faixa etária, de 2013 a 2017.

Ano de Diagnóstico	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	Total
2013	18	331	883	22	1254
2014	28	520	1281	36	1865
2015	29	715	1875	50	2669
2016	37	738	2095	42	2912
2017	36	954	2424	69	3483
2013-2017	148	3258	8558	219	12.183

Fonte: SINAN²⁰

Tabela 2. Dados sociodemográficos e classificação clínica de casos notificados de sífilis em gestantes em Minas Gerais, por faixa etária, de 2013 a 2017.

Variável	n	%
Cor/Raça		
Ignorado	1777	14,6
Branca	2833	23,6
Preta	1794	14,7
Amarela	132	1,1
Parda	5637	46,3
Indígena	10	0,1
Escolaridade		
Ignorado/Branco	5230	42,93
1ª a 4ª série incompleta do EF	45	0,37
4ª série completa do EF	350	2,87
5ª à 8ª série incompleta do EF	1955	16,05
Ensino fundamental completo	1089	8,94
Ensino médio incompleto	100	0,82
Ensino médio completo	1541	12,64
Educação superior incompleta	100	0,82
Ensino superior completo	83	0,68
Zona de moradia		
Ignorado/Branco	279	2,29
Urbana	11270	92,50
Rural	607	4,98
Periurbana	27	0,22
Classificação Clínica		
Ign/Branco	4696	38,54
Primária	4228	34,70
Secundária	973	7,98
Terciária	6699	5,49
Latente	1617	13,27
Total	12183	

Fonte: SINAN²⁰

vez que se trata de uma doença evitável e de fácil diagnóstico e tratamento da gestante infectada.

Em relação ao grande predomínio de casos de sífilis materna na região do Centro de Minas Gerais, observou-se que esta região concentrou 43,30% das notificações, conforme evidenciado pela figura 2. Esse contraste para as demais regiões pode ser justificado por a região central ser a mais populosa do estado e, ainda, por uma possível influência da subnotificação de casos em outras regiões.

Neste estudo, foi evidenciado que a faixa etária com maior número de casos foi entre 20 a 39 anos, seguida pela dos 15 aos 19 anos, que juntos concentraram 97% do total de casos de sífilis em gestante, havendo uma estabilidade na distribuição dos casos por faixa etária ao longo dos anos no período estudado.

Dados semelhante foram encontrados por Padovani, Oliveira, Pelloso (2018)²¹ e Lima *et al.* (2013),²⁴ em que, no primeiro estudo, os autores concluíram que no estado do Paraná 67,41% das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos e 22,59% tinham 19 anos ou menos, e, no segundo estudo citado, os autores observaram que os casos de sífilis congênita ocorreram predominantemente em nascidos de mães na faixa etária de 20 a 29 anos (57%). Segundo o Ministério da saúde (2017),¹¹ no Brasil, no período de 2005 a 2017, 51,6% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto, 24,3% na de 15 a 19 anos e 20,2% na de 30 a 39 anos. Demonstrou-se, portanto, padrão semelhante ao encontrado no estado de Minas Gerais entre 2013 e 2017.

A maior concentração de notificação de casos entre as mulheres de 20 a 39 anos pode ser explicada pelo auge da fase reprodutiva que a mulher se encontra nessa faixa etária.^{15, 25, 26} Contudo, apesar desse predomínio, foi notado que a sífilis acomete gestantes em todas as idades reprodutivas, principalmente entre gestantes adolescentes, o que aponta para a prática do sexo desprotegido em todas as faixas etárias e denota também a iniciação sexual precoce e desprotegida, onde é cabível medidas de orientação.²³ Campos *et al.* (2010),¹⁵ em estudo realizado em Fortaleza (Ceará) encontrou um valor ainda mais expressivo de gestantes com sífilis, 34,5% encontrava-se na adolescência.

Com relação à escolaridade, foi observado que a maior parte das gestantes com sífilis possuem somente até a 5ª a 8ª série do ensino fundamental. De modo semelhante, Lima *et al.* (2013)²⁴ observou em estudo que os casos de sífilis congênita ocorreram predominantemente em nascidos de mães com menos de oito anos de escolaridade (75%). Segundo Campos *et al.* (2010),¹⁵ o nível de escolaridade mais prevalente entre as gestantes com sífilis também foi de 4 a 7 anos, assim como para Padovani, Oliveira, Pelloso (2018),²¹ que observou no estado do Paraná que a ocorrência da sífilis na gestação está mais associada à escolaridade menor que oito anos. Outros estudos, também demonstraram esse predomínio de gestantes infectadas com escolaridade inferior a oito anos de estudo.^{17, 27, 28} Porém, diferentemente do presente trabalho e dos estudos citados, Almeida, Lindolfo, Alcântara, (2009)²⁹ e Lafetá *et al.* (2016)³⁰ evidenciaram em seus estudos que o grupo com escolaridade maior que oito anos de ensino representava a maioria das gestantes com sífilis.

Merece destaque o elevado número de notificações em que essa informação não foi registrada, que foi de 42,93%. Da mesma forma, Almeida, Pereira (2007)²⁶ encontrou 60,4% dos casos com não preenchimento dessa informação sobre escolaridade da gestante.

Em relação à cor/raça, houve predomínio de parda, seguido por branca. Resultados semelhantes aos seguintes estudos: Lima *et al.* (2013),²⁴ que encontrou cor parda ou preta correspondendo a 70%, Lafetá *et al.* (2016),³⁰ que verificou maioria parda na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período de 2007 a 2013, Padovani, Oliveira, Pelloso (2018),²¹ no estado do Paraná, ocorrência da sífilis na gestação mais associada à cor não branca, e, por fim, em Boletim epidemiológico do Ministério da saúde (2017),¹¹ foi observado que 47,4% das gestantes com sífilis eram pardas, 30,6% brancas e 12,4% pretas, em 2016, sendo este o estudo cujos dados mais se aproxima aos encontrados no presente trabalho.

Quanto à zona de moradia, foi evidenciado que a grande maioria das gestantes com sífilis no estado de Minas Gerais reside na zona Urbana, totalizando 92,5% dos casos. Tal

fato pode ser explicado pela doença ter transmissão mais frequente em grandes centros urbanos.³

Sobre a Classificação clínica, foi encontrado que a mais frequente entre as gestantes com sífilis é a fase primária, seguida pela latente, correspondendo a 34,7% e 13,2%, respectivamente. Houve concordância com o estudo de Mesquita *et al.*, (2012),³¹ que encontrou a classificação clínica de sífilis primária como a mais incidente nas gestantes do município de Sobral, Ceará, com 71,43% dos casos em 2008.

Dessa forma, embora este trabalho tenha mostrado que existe um perfil de gestante em que a sífilis foi mais prevalente, deve-se salientar que a doença não afeta apenas um grupo de risco específico e que todos podem adquirir a infecção, devendo ser aplicadas medidas de prevenção para a população em geral.^{30, 32, 33}

Essencial destacar ainda o grande número de notificações com preenchimento incompleto e informações ignoradas neste estudo. A notificação deve ser feita de forma completa e adequada, sendo ímpar no controle da sífilis materna e, logo, congênita, uma vez que assim que um caso é notificado é possível fazer o acompanhamento e avaliar o controle da do agravo no município ou estado. Possibilita ainda o encontro de lacunas no serviço público de saúde e a implementação de métodos de prevenção e controle da doença.¹²

CONCLUSÃO

Percebeu-se que a sífilis na gestação teve um comportamento ascendente ao longo dos anos entre 2013 e 2017 em Minas Gerais, predominando na região central do estado, com um perfil de paciente entre 20 e 39 anos, parda, com menos de oito anos de escolaridade, residente na zona urbana e com classificação clínica de sífilis primária ao diagnóstico na gestação.

É necessário, portanto, maior investimento em políticas públicas e ações eficazes para eliminar essa doença evitável, sendo imprescindível a capacitação das equipes da ESF, com o treinamento de profissionais de saúde, assistência pré-natal adequada com a realização de no mínimo seis consultas, oferta de exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde, tratamento oportuno, ações de promoção de saúde, atividades educativas e identificação de situações de risco com priorização de pacientes mais vulneráveis, com vista a garantir assistência pré-natal de qualidade. E, por fim, capacitar os profissionais quanto ao adequado preenchimento e a importância das fichas de notificação ao SINAN, uma vez que isso possibilita o planejamento da saúde para o controle da sífilis materna e congênita.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 448 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Paez M, Riveros MIR. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público a nivel nacional, Paraguay – 2000-2004. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18:117-23.
4. Brasil. Portaria nº 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986; Seção 1, p. 19827.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad de Saúde Pública. 2003; 19(5):1341-1349.
7. Lima LHM, Gurgel MFC, Moreira-Silva SF. Avaliação da sífilis congênita no Estado do Espírito Santo. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2006; 18(2):113-116.
8. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita em América Latina um problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(3):211-217.
9. Depertthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. Bull World Health Organ. 2004; 82(6):410-6.
10. Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19:166-72.
11. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2017; 48(36).
12. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4):1244-50.
14. Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2009; 150:710-6.
15. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. Cad Saúde Pública. 2010; 26(9):1747-55.
16. Mattei PL, Beachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. Syphilis: a reemerging infection. Am Fam Physician. 2012; 86(5):433-40.
17. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro pelo modelo teórico-lógico. Revista brasileira de saúde materno-infantil. 2005; 5(1):33-41.
18. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Centro. 2007; 65020:660.
19. Mandú ENT. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. Rev Bras Enferm. 2004; 57(6):729-32.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informações e Informática do SUS. Doenças e Agravos de Notificação - De 2007 em diante (SINAN). [acesso 2018 dez 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcires.def>.
21. Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2018; 26.
22. Ramos Junior AN, Maθ da LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):370-8.
23. Costa CC et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2013; 47(1):152-159.
24. Lima MG, Ribeiro GS, Santos RFR, Barbosa GJA. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):499-506.
25. Ximenes IPE, Moura ERF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Rev RENE*. 2008; 9(3):74-80.
26. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):144-56
27. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16(3):168-75.
28. Araújo, CL, Shimizu, HE, Sousa, AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(3): 479-486.
29. Almeida KC, Lindolfo LC, Alcântara KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. *RBCA* 2009; 41(3):1814.
30. Lafeté KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74.
31. Mesquita KO et al. Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis em Gestante no Município de Sobral, Ceará, de 2006 A 2010. *S A N A R E*. 2012; 11(1):13-17.
32. Rufino EC, Andrade SSC, Leadebal ODCP, Brito KKG, Silva FMC, Santos SH. Women's knowledge about STI/Aids: working with health education. *Cienc Cuid Saúde*. 2016; 15(2):304-11.
33. Patel SJ, Klinger EJ, O'Toole D, Schillinger. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(4):882-8.