Relatório do Software Anti-plágio CopySpider
Para mais detalhes sobre o CopySpider, acesse: https://copyspider.com.br

Instruções
Este relatório apresenta na próxima página uma tabela na qual cada linha associa o conteúdo do arquivo de entrada com um documento encontrado na internet (para "Busca em arquivos da internet") ou do arquivo de entrada com outro arquivo em seu computador (para "Pesquisa em arquivos locais"). A quantidade de termos comuns representa um fator utilizado no cálculo de Similaridade dos arquivos sendo comparados. Quanto maior a quantidade de termos comuns, maior a similaridade entre os arquivos. É importante destacar que o limite de 3% representa uma estatística de semelhança e não um "índice de plágio". Por exemplo, documentos que citam de forma direta (transcrição) outros documentos, podem ter uma similaridade maior do que 3% e ainda assim não podem ser caracterizados como plágio. Há sempre a necessidade do avaliador fazer uma análise para decidir se as semelhanças encontradas caracterizam ou não o problema de plágio ou mesmo de erro de formatação ou adequação às normas de referências bibliográficas. Para cada par de arquivos, apresenta-se uma comparação dos termos semelhantes, os quais aparecem em vermelho.
Veja também:
Analisando o resultado do CopySpider
Qual o percentual aceitável para ser considerado plágio?

Versão do CopySpider: 2.1.1
Relatório gerado por: adacionisantos@gmail.com
Modo: web / normal

Arquivos	Termos comuns	Similaridade
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis	113	0,86
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/89/boletim_sifilis_2012_2.pdf?file=1&type=node&id=89&force=1	79	0,56
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view	44	0,35
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes	41	0,33
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.gov.br/aids/pt-br	34	0,26
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view	31	0,24
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.ufjf.br/ladem	22	0,18
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.healthline.com/health/vdrl-test	2	0,01
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.verywellhealth.com/supplements-for-ed-3300136	0	0,00
TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx X https://www.jetsetter.com/magazine/image-provider/ed-anderson	0	0,00
Arquivos com problema de download		
https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-tuberculose-cutanea-atualizacao-epidemiologica-clinica-articulo-S2666275221003076	Não foi possível baixar o arquivo. É recomendável baixar o arquivo manualmente e realizar a análise em conluio (Um contra todos). - sun.security.validator.ValidatorException: PKIX path building failed: sun.security.provider.certpath.SunCertPathBuilderException: unable to find valid certification path to requested target	
Arquivos com problema de conversão		
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes	Não foi possível converter o arquivo. É recomendável converter o arquivo para texto manualmente e realizar a análise em conluio (Um contra todos).	

==========
Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis (1417 termos)
Termos comuns: 113
Similaridade: 0,86%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis (1417 termos)
==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do

programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e

posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade

gestacional e gênero).
Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).
Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).
Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).
O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).
Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).
Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV/ Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).
Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade

suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).

A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional

Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)

Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional

A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)

Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).

Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato

(GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional

O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica

da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita

Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS

Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do

desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma

função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30

anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental

67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,
Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.
Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).
A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.
Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).
A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).
Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et

al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos

(NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).

Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a

compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo:

Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde

, 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes

/PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v.

27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade

Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro:

ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP

68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37

Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28

2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS 59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========

Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2:
http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/89/boletim_sifilis_2012_2.pdf?file=1&type=node&id=89&force=1 (2206 termos)
Termos comuns: 79
Similaridade: 0,56%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/89/boletim_sifilis_2012_2.pdf?file=1&type=node&id=89&force=1 (2206 termos)

==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa

de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado,

ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).
Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?

O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade gestacional e gênero).

Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).

Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).

Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).

O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).

Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).

Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).

Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar

precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis

congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).
A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento

adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).
A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional
Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)
Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional
A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)
Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).
Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum

demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato (GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional
O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al.,

2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).

Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).

Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita

Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).

Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).

Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).

Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS

Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).

Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).

É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).

Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).

Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).

Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).

A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).

O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).

Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental 67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do

neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,

Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).

A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.

Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).

A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).

Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles

notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).
Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde

através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro

trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico>. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde , 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes /PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v. 27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância

epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira

de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam

utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro

no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37
Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25

2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28
2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS
.....59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========
Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view (809 termos)
Termos comuns: 44
Similaridade: 0,35%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view (809 termos)
==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA

2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.

A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa

etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade gestacional e gênero).

Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).

Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).

Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).

O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).

Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).

Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).

Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os

treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de

transmissão vertical (BRASIL, 2013).
A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional
Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)
Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional
A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)
Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).
Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes

gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato (GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional
O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem

ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A

responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte

delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária

materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental 67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,

Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).

A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.

Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).

A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).

Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro

no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.

Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma

prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero

predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).
Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência

de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico>. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde , 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p,

2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes /PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina.

Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças

infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v. 27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p

.2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do

Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____

Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no

Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37
Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27

2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28
2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS
.....59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========

Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes (453 termos)
Termos comuns: 41
Similaridade: 0,33%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes (453 termos)

==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio

. Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado

sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).
Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital

Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade gestacional e gênero).

Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).

Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).

Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).

O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).

Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).

Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).

Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar

no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com

resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).
A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional
Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)
Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional
A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)
Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).
Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro

de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato (GASPAR et al., 2021).

A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).

Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).

Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional

O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).

As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).

O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).

No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).

Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).

Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).

Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita

Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).

Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).

Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).

Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS

Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema

que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de

janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos

Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental 67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,

Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).

A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.

Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).

A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).

Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161)

dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos

dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.

Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.

Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).

No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).

O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).

Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.

Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN

e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).
Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do

cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante

como de seu parceiro.
As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde , 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às

Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes /PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de

curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v. 27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A.

Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista

Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36

Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37
Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26

2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28
2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS 59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========
Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.gov.br/aids/pt-br (964 termos)
Termos comuns: 34
Similaridade: 0,26%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://www.gov.br/aids/pt-br (964 termos)
==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do programa estudantil FIEIS.

A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER

A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT

Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na

mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade gestacional e gênero).

Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).
Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).
Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).
O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).
Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).
Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).
Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em

gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).
A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança

principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional

Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)

Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional

A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)

Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).

Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato (GASPAR et al., 2021).

A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional

O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da

gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas,

tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para

o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis

e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto

62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)
Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).
Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).
Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).
Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental 67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional

maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de

2022,
Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.
Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS
Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).
A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.
Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.
3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS
A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).
A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).
Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO
Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).

As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).
Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al.

(2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e

gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde , 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>.

Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes /PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v. 27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA

, R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____

Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37
Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte:

Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28
2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29

3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS
.....59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========
Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view (767 termos)
Termos comuns: 31
Similaridade: 0,24%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view (767 termos)
==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA

2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.

A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa

etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade gestacional e gênero).

Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).

Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).

Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).

O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).

Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).

Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).

Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os

treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de

transmissão vertical (BRASIL, 2013).
A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional
Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)
Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional
A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)
Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).
Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes

gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato (GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional
O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem

ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A

responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte

delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária

materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental 67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,

Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).

A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.

Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).

A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).

Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro

no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.

Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma

prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero

predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).
Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência

de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde , 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p,

2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes /PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina.

Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças

infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v. 27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p

.2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do

Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no

Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37
Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27

2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28
2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS
.....59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========
Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.ufjf.br/ladem (402 termos)
Termos comuns: 22
Similaridade: 0,18%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://www.ufjf.br/ladem (402 termos)
==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do programa estudantil FIEIS.

A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER

A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT

Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na

mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade gestacional e gênero).

Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).
Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).
Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).
O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).
Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).
Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).
Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em

gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).
A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança

principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional

Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)

Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional

A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)

Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).

Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato (GASPAR et al., 2021).

A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional

O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da

gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas,

tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para

o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis

e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto

62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)
Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).
Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).
Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).
Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental 67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional

maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de

2022,
Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.
Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS
Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).
A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.
Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.
3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS
A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).
A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).
Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO
Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).

As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).
Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al.

(2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e

gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo: Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>.

Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes /PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v. 27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA

, R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____

Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37
Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte:

Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28
2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29

3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS 59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========

Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.healthline.com/health/vdrl-test (1453 termos)
Termos comuns: 2
Similaridade: 0,01%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://www.healthline.com/health/vdrl-test (1453 termos)

==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do

programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e

posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade

gestacional e gênero).
Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).
Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).
Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).
O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).
Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).
Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).
Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade

suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).

A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional

Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)

Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional

A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)

Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).

Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato

(GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional
O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica

da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do

desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma

função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e

30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental

67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,
Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.
Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).
A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.
Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).
A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).
Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et

al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos

(NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).

Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a

compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo:

Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde

, 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes

/PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v.

27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade

Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro:

ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP

68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37

Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28

2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS
.....59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========

Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.verywellhealth.com/supplements-for-ed-3300136 (3099 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.verywellhealth.com/supplements-for-ed-3300136 (3099 termos)

==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do

programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e

posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade

gestacional e gênero).
Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).
Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).
Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).
O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).
Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).
Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).
Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade

suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).

A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional

Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)

Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional

A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)

Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).

Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato

(GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional

O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica

da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do

desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma

função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e

30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental

67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,
Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.
Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).
A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.
Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).
A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).
Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et

al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos

(NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).

Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a

compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo:

Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde

, 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes

/PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v.

27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade

Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro:

ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP

68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37

Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28

2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS 59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação

==========

Arquivo 1: TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Arquivo 2: https://www.jetsetter.com/magazine/image-provider/ed-anderson (158 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento TCC SÍFILIS 18-02-2023.docx (11735 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.jetsetter.com/magazine/image-provider/ed-anderson (158 termos)

==========

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA ? LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA ? FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Itaituba - PA
2023

REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

Itaituba - PA
2023
REIRINEIVA CAMPOS DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio da Frota

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Fota.
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação
Resultado: _____Média: _____

Data ____de março de 2023

A Deus por nunca me abandonar nos momentos de necessidade e angústia, a minha mãe Hulda Campos por todo amor, carinho, ajuda e apoio fazendo com que eu conseguisse transformar sonho em realidade, e aos meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly por ter sido minha fortaleza durante esse percurso de aprendizagem.

AGRADECIMENTO

A Deus pela determinação e força durante todos esses anos, me concedendo sabedoria e saúde para conseguir alcançar a realização de um sonho. Pela sua bondade e misericórdia em minha vida, a qual me fez ultrapassar obstáculos. Deus é meu refúgio e a minha fortaleza.
Minha mãe Hulda Campos que foi minha inspiração, que me incentivou nos momentos difíceis me deu total apoio e compreensão. Sempre quando precisei ela estava presente e disposta a me ajudar da forma que conseguia.
Meus filhos Anthony Gabriel e Larissa Gabrielly que são meu orgulho, me impulsionou a dar o melhor de mim, me fez querer crescer e me tornar uma pessoa melhor, um presente que Deus me deu para toda minha vida. De todos os tesouros que Deus colocou no meu caminho, essa é a dádiva que enche meu peito de gratidão e orgulho.
Meu esposo Jardel Silva que foi meu companheiro, me motivando com palavras de apoio para não desistir da minha graduação e vencer essa etapa da vida acadêmica, compreendendo a minha ausência em diversos momentos.
Minha irmã Reris Adacione Campos pelo apoio e incentivo oferecido com todo seu coração durante esse percurso. E a toda minha família.
Meus professores Maria Bernadete, Raimisson Abreu, Jossehan Galúcio, Márcio silva, Rosângela Aguiar, Adriano Coutinho, Caren Alessandra, Ivaneide Furtado, Cleidson Colares, Cleidiane Silva, Cristhyanny Almeida, Karla Santos, Lincoln Michalski, Talyta, Raquel Peres, Edilaine Melo, Ana Caroline, Bruna Santana, Nelcilene Melo, walbea Lúcia. Agradeço pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Obrigada!
Ao meu orientador Dr. Jossehan Galúcio, pela paciência, confiança e respeito. Por aceitar a conduzir meu trabalho de pesquisa, pela compreensão e por estar sempre pronto a me ajudar quando procurei. Pessoa de pulso firme mas que é muito iluminado e sábio, fui guiada pelo melhor orientador e isso foi um privilégio . Deixo aqui a minha gratidão e respeito.
A Faculdade de Itaituba por todo aprendizado, e por me conceder uma bolsa parcial de estudo através do

programa estudantil FIEIS.
A todos os meus colegas de turma em especial a Aline Silva, Laura Eduarda e Elzenir Soares, pelo companheirismo e amizade que surgiu no meu caminho e me fazem bem desde sempre. O meu muito obrigada.
Ao diretor do Hospital Municipal de Itaituba Adriano Coutinho por me autorizar a realizar minha pesquisa de conclusão de curso. O meu muito obrigada.
As colaboradoras do setor de Autorização de internação Hospitalar (A.I.H), Cátia Maria, Darlyane Costa, Anamélia Barbosa, Ana Beatriz, Tânia Bezerra. Agradeço pela recepção em seu local de trabalho e pela contribuição para que fosse possível realizar a minha coleta de dados para o meu trabalho de conclusão.

Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e tudo ele fará.
?Salmos 37: 5?.

RESUMO FALTA LER
A sífilis é uma doença contagiosa que acomete tanto as gestantes (sífilis gestacional), como o feto (Sífilis Congênita). Vem se tornando um problema de grande agravo para população, e por isso, precisa-se identificar as ações, criando estratégias para colocar em prática as medidas preventivas e de orientações, principalmente na assistência ao pré-natal de qualidade afim de identificar, diagnosticar e tratar tendo assim um possível controle da transmissão de SC e SG. O presente projeto tem como objetivo descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022 e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba, Estado do Pará. Diante do número de casos de sífilis na região, existem estudo que corroboram a necessidade de mais estudos, para que se tenha melhores orientações em relação ao combate e eliminação dos casos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho teórico-empírico, de levantamento, documental e abordagem quantitativa. Serão analisados cerca de 80 prontuários armazenados no setor de Autorização de Internação Hospitalar dos participantes que frequentarem o setor de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados a serem coletados em novembro serão os socioepidemiológicos materno (idade da mãe, escolaridade, idade gestacional) e dados neonatais (gênero). Serão incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.

Palavras-chaves: IST. Gestante. Tapajós.

ABSTRACT
Syphilis is a contagious disease that affects both pregnant women (gestational syphilis) and the fetus (congenital syphilis). It has become a problem of great aggravation for the population, and therefore, it is necessary to identify actions, creating strategies to put into practice preventive measures and guidelines, especially in quality prenatal care in order to identify, diagnose and treat, thus having a possible control of the transmission of SC and SG. The present project aims to describe the cases of gestational and congenital syphilis in the year 2022 and the socioepidemiological profile of these participants at the Municipal Hospital of Itaituba, State of Pará. In view of the number of syphilis cases in the region, there are studies that corroborate the need for more studies, so that there are better guidelines in relation to combating and eliminating cases. The present study is an exploratory, theoretical-empirical, survey, documentary and quantitative research. About 80 medical records stored in the Hospital Admission Authorization sector of the participants who attend the Obstetrics and Gynecology sector of the Municipal Hospital of Itaituba will be analyzed. The data to be collected in November will be maternal socioepidemiological data (mother's age, schooling, gestational age) and neonatal data (gender). All medical records of pregnant women with syphilis who reside in Itaituba and who will be assisted at the HMI in the year 2022 will be included.

Keyword: STI. IST. Pregnant. Tapajós.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Os microrganismos são seres microscópico que apresentam algumas características e formas variadas conseguem se organizar para crescer e se reproduzir. Existem uma variedade de formas e tamanhos habitando na natureza (VERMELHO et al., 2006).

Entre os microrganismos existentes na vida humana, destacamos as bactérias, as quais existem em grande variedade de tipos e apresentam-se em forma de cocos, bacilos e espirilos, se reproduzindo de forma assexuada e sexuada (CARVALHO, 2010). Podem ser encontradas sozinhas, e existem vários fatores que influenciam e limitam o seu crescimento, como: os nutrientes que recebem, a temperatura favorável, oxigênio e a água, em falta desses (VIEIRA, 2012).

As bactérias podem gerar várias doenças por meio da saliva (tuberculose, difteria, coqueluche, hanseníase), de objetos ou alimentos contaminados (disenteria, botulismo cólera, diarreias, tétano) e também pelo contato sexual (gonorreia e a sífilis) (TEIXEIRA, 2020).

A sífilis é uma doença contagiosa e seu principal meio de transmissão é o contato sexual sem prevenção, causada pela bactéria Treponema pallidum. Essa bactéria pode causar lesões na pele, ossos, sistema nervoso central, vísceras e ainda problemas nos fetos, gerando a sífilis congênita (BARROS, 2015).

Essa bactéria é transmitida em qualquer fase da vida principalmente durante a gravidez ocasionando a sífilis gestacional (BARROS, 2015). Quando a gestante adquire a sífilis e não faz o tratamento adequado, ocorre a transmissão do Treponema pallidum para o feto por via transplacentária, o qual é denominado sífilis congênita podendo ocorrer em qualquer trimestre gestacional. (BRASIL, 2005a).

Quando a gestante adquiri a sífilis na gestação, na fase inicial causa o cancro duro indolor, caroços, e

posteriormente dependendo do estágio da infecção pode aparecer lesões na palma da mão, lesões na mucosa, queda de cabelo aguda, osteorto articulares entre outros (BRASIL, 2006a).
No caso da sífilis congênita dependendo do estágio da doença o bebe pode nascer: prematuro, com baixo do peso, feridas na pele, movimentos limitados, problemas respiratórios, ictérico, anêmico e podem desenvolver conforme os dias de vida infecções de garganta, crise convulsiva e inflamações das meninges . Após o segundo ano de vida manifesta-se na criança, oposição óssea, edema articular, deformação nasal, deformação dentária, problemas na audição e transtorno de aprendizagem (BRASIL, 2006b).
A sífilis se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro. Já a sífilis terciária pode surgir de 3 a 15 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sintomas como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte, (ELSEVIER, 2012). O índice de casos é elevados e ainda não se tem um controle para diminuição dessa doença (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).
Foram registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis no ano de 2020, em torno de 61.441 casos de sífilis em gestante e 22,065 casos de sífilis congênita, com 186 mortes. Isso ocasiona um alertar sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento da gestante orientando sobre a prevenção e o tratamento precoce da gestante e do perceiro (BRASIL, 2021a)
Através de um diagnóstico clínico e laboratorial e com a interpretação dos exames com pontuação positiva , profissionais de saúde, inicia-se o tratamento de acordo com as recomendações do ministério da saúde sem interrupção do tratamento diminuindo assim os possíveis risco do bebê nascer com problemas (BRASIL, 2019).
A enfermagem tem um papel muito importante desde o início do pré-natal, no acompanhamento das gestantes onde neste período realiza-se os teste rápidos investigando assim possíveis infecções como a sífilis. Em casos de resultados com sorologia positiva para sífilis, se preenche uma ficha de notificação compulsória e envia para o órgão responsável do município pertencente (SOUSA et al., 2017).
As gestantes com sífilis devem ser priorizadas quanto a orientação, diagnóstico e o tratamento, principalmente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS), e a linha de frente como a enfermagem devem ter a capacidade de reconhecer, e especificar as manifestação clínica e os resultados dos testes, pois é a partir dessas definição que é determinada, e monitorado o tratamento sobre a infecção (BRASIL, 2017a).
A sífilis durante a gestação é considerada um agravo na saúde da população a qual não tem um controle adequado, a tendência, é o crescimento dessa doença se não forem tomadas medidas pública para diminuir a porta de entrada para essa doença. Deve-se trabalhar também a qualidade do pré-natal (ROSA et al., 2020).
A sífilis continua como um grave problema de saúde pública com nível insuficiente de controle da doença apesar de terem todo conhecimento sobre o modo de transmissão, causador da doença, tratamento eficaz com chances de cura e tem sido cada vez mais presentes seu diagnóstico nos centros de saúde (MAGALHÃES et al., 2011).
Baseado nessas informações, surge a seguinte problemática que envolve essa doença: qual o número de casos de sífilis gestacional e congênita registrado no Hospital Municipal de Itaituba no ano de 2022 e o perfil socioepidemiológico desses participantes?
O objetivo do estudo foi descrever o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) no período de janeiro a dezembro de 2022, assim como o perfil social (faixa etária e escolaridade) e epidemiológico materno (período do diagnóstico) e perfil social neonatal (idade

gestacional e gênero).
Por ser uma doença de gravidade considerável a nível mundial, devemos enfatizar a identificação dos fatores desencadeantes da sífilis gestacional e congênita sendo relevante para que diminua essa relação estreita entre o profissional de saúde e a assistência prestada no pré-natal dando continuidade aos cuidados com a realização de procedimentos de detecção de risco para sífilis (MACEDO et al., 2017).
Além disso, Santos-Filho (2020) confirma a necessidade de maior atenção frente à exposição da sífilis, para assim, ter uma melhor orientação e direcionamento para combater e eliminar os casos, ampliando a atenção e conscientização à saúde para assim surgir resultados positivos. O conhecimento da realidade sobre a sífilis é primordial, principalmente para que ações de prevenção e controle sejam tomadas frente a saúde das gestantes. Nota-se que os casos de sífilis nos dias de hoje ainda não se têm um controle significativo (LIMA et al., 2019).
Contudo, ainda não se tem um estudo sobre sífilis gestacional e congênita no Município de Itaituba no ano de 2022. Pesquisadores afirmam que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas (MAGALHÃES et al., 2011).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTAÇÃO

O desenvolvimento humano envolve muitas mudanças a partir da fecundação (MOORE et al., 2012a). Por isso, é um processo contínuo e as transformações ocorrem em todo o período embrionário e fetal. As modificações na cronologia do desenvolvimento podem ocorrer desde o início do desenvolvimento (MOORE et al., 2012b).
O período gestacional dura cerca de 40 semanas, iniciando a partir do primeiro dia da última menstruação , apesar da fertilização ocorrer possivelmente depois 14 dias. A idade embriológica marcada pela fecundação tem aproximadamente duas semanas a menos que a idade gestacional. Além disso, através da data da última menstruação (DUM) é possível identificar facilmente a idade gestacional e assim ter uma base de quando será o nascimento do bebê (HADDAD-JUNIOR; VISCONTI, 2013).
Neste sentido, vale destacar que a gravidez é um acontecimento natural na vida de toda mulher, algumas ocorrem sem nenhuma alteração até a época do nascimento do bebê, mas no caso de outras não se pode dizer o mesmo, pois são acometidas por algum tipo de doença ou apresentam alguma adversidade que colocam em risco a vida da mãe e do feto (BRASIL, 2010).
Os fatores que podem colocar a gestante e o feto em risco surgem antes mesmo do descobrimento da gestação ou na hora do parto. Na maioria das vezes, de forma assintomática, podendo passar despercebidamente, dificultando o conhecimento da doença (BRASIL, 2012a). Através de um estudo realizado com gestante notificadas pelo SINAN, identificou-se que as 6 principais doenças de notificação compulsória mais frequentes na gestação foram: dengue, influenza, hepatite virais, toxoplasmose, HIV /Aids e sífilis (FALAVINA; LENTSCK; MATHIAS, 2019).
Devido a isso, é fundamental que haja um bom acompanhamento no pré-natal, uma vez que na primeira consulta são solicitados exames de rotinas e testes rápidos, por meio dos quais é possível identificar precocemente algumas patologias tanto na mãe como no feto, visto que algumas doenças podem já estar no organismo evoluindo de forma assintomática (BRASIL, 2005b).

2.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS (ISTs)

Desde os tempos passados já existiam as infecções sexualmente transmissíveis, fato ainda presente nos tempos atuais, logo que, apesar de toda tecnologia e ciências avançadas, essas patologias ainda infectam um grande número de pessoas de todos os sexos, classes sociais e culturas, pois ainda há muita carência de informações adequada sobre a forma de prevenção para não contrair essas doenças (GIR et al., 1991).

Algumas infecções sexualmente transmissíveis são tratadas com mais facilidade, todavia há outras mais resistentes, apesar dos pacientes relatar melhoras no quadro de saúde. As pessoas e principalmente o sexo feminino devem ter mais atenção, pois por motivos de reprodução natural humana podem algumas podem ser transmitidas da mãe infectada para o feto durante a gestação, podendo causar uma interrupção na gravidez ou prejudicar o feto (BRASIL, 2007).

Além do mais, as ISTS podem afetar o trato reprodutivo, e são provocadas por mais de 30 agentes etiológicos, como os vírus, fungos, protozoários e as bactérias, com formas de transmissão por contato sexual sem a devida proteção necessária, no caso do HIV e a sífilis (BRASIL, 2015).

Neste contexto, vale apontar que a Sífilis, é uma das ISTs mais antigas, e sua evolução e conhecimento se deu por duas teorias, uma chamada de colombiana, na qual acreditava-se que teria entrado na Europa pelos marinheiros espanhóis, e a outra teoria era de que a da sífilis seria oriunda de treponemas endêmicos, que haviam sofrido mutações (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, vêm causando grande impacto indireto na economia, pois além dos gastos com internações também incluem as medicações, e ainda há pouco envolvimento das organizações sociais. Além de que não está tendo a prioridade necessária para conseguir ter um controle adequado e o devido cumprimento de prestação de serviço nos programas de saúde e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006b).

2.3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, da forma espiroqueta, que possui espessura fina (Figura 1), espiralados com três subespécie: T. pallidun endemicun causa bejel, T. pallidum pertenue causa bouba; e T. pallidum carateun causa pinta, com tamanho de 0,1 a 0,2 X 6 a 20um. A sífilis é uma doença contagiosa exclusiva do ser humano, logo que ainda não se tem conhecimento de outro hospedeiro, sua forma de transmissão é por contato sexual e transplacentária (MURRAY et al., 2014).

Figura 1 ? Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Uma de suas manifestações mais danosas é a sífilis congênita, com 1,6 milhões de casos. Em 2020 foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 de sífilis em gestantes; e 22.065 de sífilis congênita, com 186 óbitos (BRASIL, 2021b).

A sífilis pode ser transmitida pela placenta em qualquer estágio gestacional (BARROS, 2015). Os treponemas atravessam a camada das células e podem infectar o feto, que não possui imunidade

suficiente para produzir anticorpos e combater essa célula invasora, por isso acontecem os abortos em gestante com sífilis. A sífilis é uma doença que quando é detectada consegue ser controlada caso a gestante faça o pré-natal com os exames adequados (ARTMED, 2011).
As manifestações diferenciam-se pelos estágios, e podem desaparecer os sintomas. Ela se manifesta pela sífilis primária (cancro duro), que aparece entre 5 a 90 dias após a infecção e a sífilis secundária que ocorre entre 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro (ELSEVIER, 2012). A infecção é dividida em latente recente, tardia e a sífilis terciaria, que só aparece em 1 a 40 anos após a infecção, podendo levar a mote (BRASIL, 2007).
No estágio da sífilis primária tem lesão cancro duro único, indolor, bordas duras, com fundo liso e limpo, coberto com exsudato, com coloração rosa no início e, posteriormente, evolui para uma cor vermelho escuro e ferimento. Após uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios da região, com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (AVELLERA; BOTTINO, 2006).
Na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Neste estágio geralmente ocorre a necrose da mucosa, com coloração acinzentada, quase não perceptível. Já os ferimentos passam a ser mais perceptível, pois surgem pequenos pontinhos na pele de cor castanha e consegue alcançar com frequência a região genital. Vindo a atingir também as mãos e os pés, com escamação e sem coceira. No ânus e órgãos genitais podem ser identificados condilomas planos, que são feridas aquosas e vegetativas parecidas com verrugas. Na sífilis latente não se percebe nenhum sinal ou sintomas, apenas através de diagnósticos através da reação dos testes treponemos (BRASIL, 2018a).
Na sífilis terciária as lesões são mais enfraquecidas e quase não apresenta treponema, mas surge consequências em vários órgãos, como: lesões de tecido; na pele surgem pápulas ou nódulos; doenças das colunas posteriores, da medula espinhal e das raízes dorsais; disfunção das funções do cérebro; doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).
O tratamento independente dos estágio da sífilis deve ser realizado. O uso da droga de escolha que o ministério da saúde preconiza (penicilina benzatina) é uma medicação eficaz no controle e combate da transmissão, principalmente na gestação, podendo transmitir a doença para o feto (SOLINO et al., 2020).

2.3.1 Sífilis Gestacional

A sífilis em gestante é definida como todo caso de gestante que tenha a doença e/ou sorologia reagente, com qualquer titulação. A forma de contágio é através de relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes, a mulher adquire a doença antes mesmo da gestação e não tem conhecimento. Devido a isso, por recomendação do Ministério da Saúde, toda mulher estando grávida precisa realizar o teste durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre, pois se o resultado da sorologia der positivo é necessário dar início ao tratamento da gestante e do parceiro o quanto antes (BRASIL, 2021c; DOMINGUES et al., 2014).
Desse modo, quando uma gestante é infectada com sífilis denomina-se sífilis gestacional, podendo assim contamina o feto, a transmissão é sempre possível e quando não há um tratamento adequado ela se desenvolve como uma doença a qual tem três estágio como: primária, secundária ou terciária, sendo capaz de causar danos ao feto. (OLIVEIRA, 2011).
Toda gestante com evidências clínicas, teste positivo para sífilis, ou com qualquer quantidade de treponema nos resultados, será apontada a sífilis gestacional, devendo ser realizado um acompanhamento adequado para, assim, poder controlar a infecção na gestante (BRASIL, 2008a). Isto é, após o teste com resultados reagentes, deve-se ter uma intervenção imediata, visando uma redução máxima de transmissão vertical (BRASIL, 2013).

A conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual sem as devidas segurança principalmente para os grupos vulneráveis que são as gestante, deve ser de grande preocupação para a equipe de profissionais. Deve-se realizar uma busca ativa pelas gestantes faltosas nas consultas de acompanhamento do pré-natal incluindo uma orientação sobre o autocuidado para uma prática sexual com parceiro (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018)

2.3.1.1 Sintomas da sífilis gestacional

Os sintomas correspondente da sífilis apresenta uma evolução que se alterna em estágios diferentes como: primário, secundário, terciaria e o período de latência onde a doença fica oculta não demonstrando nenhum sinal ou sintoma clínico da doença. A fase da latência divide-se em recente e tardia (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis primária os sintomas aparecem em forma de feridas (lesão) com cancro duro único, indolor, bordas dura com fundo liso e limpo, no local da entrada da bactéria evolui para uma cor vermelho escuro. Depois de uma ou duas semanas surge uma reação nos gânglios na região com vários elementos e aspectos, sem pus, com caroços endurecidos e indolor (FREITAS et al., 2020) (Figura 2)

Já, na sífilis secundária, inicialmente, surge uma lesão com manchas avermelhadas com pouca visibilidade, nas áreas dos troncos e membros. Os ferimentos relacionados à pele passam a ser mais perceptível, aparecendo pequenos pontinhos na pele com cor castanha, e consegue alcançar com frequência a região genital. Atingem também mãos (Figura 3) e pés, com escamação e sem coceira (BRASIL, 2018a).

Figura 3 - Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas. Fonte: Avellera e Bottino (2006).

Na sífilis terciária as lesões são enfraquecidas e quase não apresentam Treponema, aparecem em vários órgãos como: lesões de tecido e pele, que surgem como pápulas ou nódulos, disfunção das funções do cérebro, doenças cardíacas, e doenças que acometem os ossos (BRASIL, 2017b).

Diagnóstico da sífilis gestacional

A inclusão da gestante nos serviços de saúde é uma estratégia que preconiza uma rotina de exames, captando um possível diagnóstico precoce para sífilis gestacional colocando em prática a estratégia do acolhimento e reconhecimentos para melhor seguimento de casos ativos em que há lesões físicas ou não na gestante (MAGALHÃES et al., 2013)

Para o diagnóstico da sífilis gestacional um dos métodos utilizado é o teste sorológico no início do pré-natal e no último trimestre da gestação. O modo de diagnóstico que mais se utiliza para detectar a infecção pelo treponema Pallidum são os reagentes sorológicos não treponêmicos (VDRL, RPR, USR e TRUST, Aglutinação, Ensaios imunoenzimáticos, Imunocromatografia), e os treponêmicos (FTA-abs (imunofluorescência indireta, Aglutinação de partículas (TPPA), Hemaglutinação (MHA-TP), ELISA, Quimioluminescência, Imunocromatografia (MELO, 2008).

Todos os testes e exames treponêmicos e não treponêmicos são úteis para identificar o T. pallidum demandando uma combinação de informações ambulatoriais, identificando históricos de infecções, registro de tratamento recente e busca um possível risco de exposição a doença um exemplo de testes gestacionais são os testes rápidos a qual tem sido bastante eficaz para um diagnóstico de imediato

(GASPAR et al., 2021).
A descentralização dos testes rápidos para as UBS, soma-se pontos positivos para a saúde da gestante. O teste rápido é realizado quando a gestante comparecer para consulta de pré-natal, melhora o acompanhamento de triagens da doença e permite que a equipe de saúde tenha uma conduta de imediato com a gestante caso, tenha um resultado positivo para sífilis (AMARAL,2012).
Através de um estudo realizado com gestantes durante o pré-natal, observou-se que 83,33% das gestantes testaram positivo para sífilis gestacional através do teste não treponêmico Venereal Disease Research Laborator (VDRL); e 62,59% através do teste Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTAABS). Destacando-se ainda que através dos testes 39,26% as gestantes tiveram diagnóstico positivo para sífilis, incluindo também os testes rápidos de fácil acesso para todos os profissionais de saúde para o diagnóstico da sífilis gestacional (PADOVANNI; PELLOSO, 2018).
Analisando os dados, 38,7% das gestantes foram diagnosticadas com sífilis da 1ª a 13ª semana gestacional, seguidos de 24,2%, da 14ª a 27ª semana, e 30,4% da 28ª a 41ª semana de gestação; a idade gestacional ignorada era de 8,7%, houve uma queda para 6,5% no ano de 2019 (BRASIL, 2020b).

2.3.1.3 Tratamento da sífilis gestacional

O tratamento para sífilis gestacional é de fácil acessibilidade e com índice de cura bastante alto se a infecção ter um tratamento adequado e correto. Portanto, sugere-se que, a qualquer indício que gere suspeita da presença da sífilis, seja buscado um acompanhamento de um profissional para a realização de testes e, assim, facilitar a cura da doença, principalmente, em mulheres gestantes, uma vez que pode prejudicar a saúde do feto (SANTOS; TERRA, 2017).
As medicações no período gestacional requerem um cuidado especial, considerando os riscos que podem ocasionar na gestante e no feto. A escolha que sempre deve prevalecer são as drogas já testadas, as quais possam atravessar a barreira hamatoplascentária, tratando também o feto, causando o menor risco para ambos (NAUD et al., 2011).
O tratamento da sífilis na gestação vai depender da fase da doença. No caso da sífilis primária deve-se administrar em cada glúteo uma ampola de 1.200.00 UI de penicilina benzatina via intramuscular dose única. (BRASIL, 2008). Na Sífilis secundária ou latente precoce, com menos de 1 ano de evolução, deve-se administrar: penicilina benzantina, dose total de 4.800.00 UI via intramuscular com intervalo de sete dias para repetição da dose. Quando houver sífilis terciária ou latente tardia, com mais de um ano de evolução ou com duração, deve-se ignorada administrar: penicilina benzatina, dose total 7.200.00 UI via intramuscular, três repetições com intervalos de sete dias. É preciso controlar mensalmente o tratamento, realizando nesse período o exame de VDRL, o teste de sensibilidade e anotar na carteira da gestante as doses e o aprazamento das próximas (BRASIL, 2005a).
No entanto, os riscos de transmissão e os sintomas da sífilis se tornam maior quando não se tem o tratamento correto, seguindo protocolos para a cura da doença, visto que as doses recomendadas serão de acordo com o estágio clínico da doença (BRASIL, 2020a).
Por isso, até no final do período gestacional deve-se ter o controle pós-tratamento, sendo recomendado fazer a repetição do VDRL, de três em três meses durante o primeiro ano pós-gestação, os títulos devem cair progressivamente continuando negativos ou inferior a 1/8. Caso houver sinais de aumento em titulações, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estar estabilizado (NAUD et al., 2011).

2.3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação sanguínea do Treponema pallidum, transmitido por meio da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu feto, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão do T. pallidum pode ocorrer em qualquer fase gestacional e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, caso tenha lesões genitais maternas e também durante o aleitamento, se houver lesão nas mamas (BRASIL, 2006b).

Por meio da portaria Nº 452, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita foi apresentada como uma doença de notificação compulsória, e toda criança nascida por mãe portadora de sífilis terá que ser notificada pelo setor epidemiológico, devendo ser realizada uma investigação, incluindo todos os casos detectados, bem como os natimortos ou abortos por sífilis (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

A sífilis congênita, é uma das manifestações mais danosas, com 1,6 milhões de casos. No caso de mulheres grávidas acometidas pela doença, por exemplo, o diagnóstico tardio ou a falta do tratamento adequado pode levá-la ao abortamento, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e morte fetal, problemas comuns em casos de sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

E entre os problemas relacionados a esta doença inicia-se desde a anamnese incorreta seguindo para uma sorologia mal interpretada ou que não se realiza nos períodos solicitado na gestação, o não reconhecimento dos sinais de sífilis na mãe, a falta de tratamento do parceiro. Existe também uma falha no diálogo em conjunto com obstetrícia e pediatria (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

A sífilis congênita tem aumentado no Brasil juntamente com a mortalidade perinatal onde ainda não se tem ainda uma probabilidade do domínio dessa doença. As táticas para seu enfrentamento tem um índice muito grande de falhas nos últimos anos, precisa-se de uma modernização na ciência técnica e uma análise mais responsável e compromissadas nas unidades de saúde (AMARAL,2012)

Devido a isso, é de extrema importância ter um conhecimento precoce de que, ao adquirir sífilis na gestação, o recém-nascido também é infectado, e alguns podem ser assintomáticos, enquanto outros são sintomáticos ao nascer, com surgimento dos sintomas nos três primeiros meses de vida, todavia os sintomas podem aparecer após um ano de vida (BRASIL, 2012a).

2.3.2.1 Sintomas da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após segundo ano de vida. A sífilis congênita precoce em alguns casos não apresenta sintomas, mas não exclui a possibilidade do RN nascer prematuro e com baixo peso, rinite com coriza, anormalidade no fígado, hipertrofia do baço, feridas na pele, inflamação nos ossos e cartilagem, movimentos limitados, problemas respiratórios, pele amarelada, anêmico, alteração nos linfonodos problema nos rins, crise convulsiva, meningite, plaquetas reduzidas, leucócitos aumentados (BRASIL, 2008).

Os sintomas da sífilis congênita tardia surgem a partir dos 2 anos de vida. Através do diagnóstico é possível identificar: oposição óssea e inflamação crônica dos tecidos ósseos, deformidade nasal, deformação dentaria, dificuldade em aprender atraso mental e surdez (BRASIL, 2006b).

De acordo com um estudo realizado, 34 (77,3%) recém-nascidos não apresentaram sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, consequências de mães que adquirem sífilis na gestação e não realizam as medidas terapêuticas no período gestacional (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

2.3.2.2 Diagnóstico da Sífilis congênita

O diagnóstico da sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica-epidemiológica

da mãe e exames complementares feitos na criança avaliando-se o estado clinico, manifestações clínicas, tempo de vida do RN ou da criança (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Na falta ou com manifestações clínicas, realiza-se o diagnóstico com testes sorológicos. Os testes sorológicos continua sendo um método fundamental para o diagnóstico da sífilis congênita que vai ser determinado pelos resultados dos títulos dos testes sorológicos quando a partir de título com resultado 1:1 é considerado reagente (BRASIL, 2006a).
Contudo para uma definição do diagnóstico de sífilis congênita também é recomendado que sejam solicitados e realizados os exames complementares como: hemograma, teste de função hepática, eletrólitos, exame detalhado do líquido cefalorraquiano, Raio-x de ossos longos, e uma avaliação ocular e auditiva (BRASIL, 2016).
Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Tratamento da Sífilis congênita
Em recém-nascidos com menos de 28 dias de vida de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente do resultado do VDRL, deve ser feito o exame de hemograma, radiologia dos ossos longos, punção lombar, entre outros. Em casos de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas, hematológicas ou alteração liquórica, o tratamento deverá ser administrado com penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI /Kg, via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e, a cada 8 hora após 7 dias de vida, durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, em dose única por dia, via intramuscular durante 10 dias (BRASIL, 2005c).
Se não houver alteração clínica, radiológica, hematológica ou liquóricas com sorologia negativa, dá-se continuidade ao tratamento com penicilina G benzaina, via intramuscular, com dose única de 50.000UII/Kg . O acompanhamento do tratamento do RN é de fundamental importância incluindo o seguimento com VDRL, para a verificação dos resultados quantitativos após conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b).
Em casos de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico, se der resultado positivo, com maior titulação do que a da mãe com alterações clinicas, radiológicas, hematológica, com ou sem alteração liquóricas, é preciso efetivar o hemograma, radiografia de ossos longos e análise de Líquido Cefalorraquiano (LCR), além de seguir com tratamento de penicilina G cristalina, na dose de 50.000UI/Kg, via intravenosa a cada 12 horas durante 10 dia (BRASIL, 2006a).
Entretanto, se for assintomático com VDRL não reagente, indica-se ao paciente seguir com acompanhamento clínico laboratorial, caso não seja possível, proceder com tratamento de penicilina G benzatina, via intramuscular, em dose única de 50.00UIKg. Em casos assintomáticos com VDRL reagente , dar continuidade ao tratamento de penicilina G crisalina, na dose de 50.00UI/ Kg intravenosa a cada 12 horas por 10 dias (GUINSBURG; SANTOS, 2010).
Após 28 dias de vida ou mais, com quadro clínico sugestivo para sífilis, deve ser feita uma investigação cuidadosa, com realização de exames para confirmação. Caso seja confirmado, segue-se o tratamento conforme recomendado: administrar penicilina G cristalina de 4 em 4 horas, e se for penicilina G procaína será de 12 em 12 horas durante 10 dias (BRASIL, 2006a).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS
Toda gestante portadora da sífilis deve ter um acompanhamento desde o início do pré-natal, assim, podem ser efetivados os cuidados necessários e adequados, como as consultas, os exames e a avaliação do

desenvolvimento do feto desde o começo, visto que essas atitudes cedem suporte e pontos positivos para o controle do diagnóstico da sífilis gestacional e congênita (MACEDO et al., 2020).
Para que se obtenha o controle e a diminuição progressiva dos casos de SC e SG, deve-se colocar em prática as medidas de prevenção, e fortalecer com orientações, mesmo que seja de forma simples, mas que tenha resultados significantes e positivos (MAGALHÃES et al., 2013).
É preciso fazer melhorias e garantir mais organização nos serviços de saúde, incluir e orientar a gestante a participar das consultas de pré-natal, para que tenha o direito de uma assistência de qualidade e fazer com que tenha a oportunidade de receber informações que lhe orientem a se proteger de doenças sexualmente transmissíveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
Deve-se aumentar a captação precoce das gestantes, oferecer uma rotina de exames recomendados pelo Ministério da Saúde, ampliar o acesso a populações que são excluídas socialmente incluindo as mesmas, principalmente as gestantes, e mantê-las ao serviço de pré-natal. Caso testem positivo para sífilis, garantir um tratamento oportuno e adequado, tanto para gestante como para seu parceiro (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).
Estudos apontam que os percursos epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita são marcadores relevantes da qualidade de assistência à gestante, portanto, o aumento de SG e SC pode servir de alerta ao poder público para que elabore mais estratégias que solucionem esse agravo e as causas que provêm do mesmo (MAMEIDE; ALMEIDA, 2021).
Um estudo feito com 16 gestantes relatou que as mesmas têm pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e tratamento da sífilis, também não conseguiram comentar sobre a promoção de saúde ou educação em saúde. Nota-se, então, que a assistência humanizada voltada para a consulta de pré-natal está deixando muito a desejar, pois as orientações cedidas nessa prática de enfermagem devem ser realizadas nas primeiras consultas de pré-natal (ANDRADE et al., 2019).

2.5 SÍFILIS E A ENFERMAGEM

É de extrema importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para conseguir controlar a transmissão da sífilis de forma correta, focando no ponto estratégico, como o pré-natal, uma vez que através dele é possível obter pontos positivos no combate à sífilis gestacional. As estratégias de controles ainda são as mesmas dos últimos anos, e não se têm esperanças de controle total da doença (AMARAL, 2012).
Existe ainda uma necessidade enorme de que os profissionais da linha de frente do combate à sífilis tenham a capacidade de entender os resultados dos testes rápidos e exames laboratoriais, para conseguirem orientar as pacientes quanto ao tratamento adequado, e não adianta ter somente profissionais qualificados e capacitados, é fundamental também que haja um serviço de saúde organizado e com condições para dar suporte à prática profissional (ROSA et al., 2020).
Através de um estudo realizado, mostrou-se um aumento progressivo de sífilis gestacional positivo no primeiro trimestre de gestação, e uma diminuição de casos no segundo e terceiro trimestre; isso mostra que as gestantes estão cada vez mais fazendo corretamente o pré-natal (AMORIM et al., 2021).
A enfermagem assume o papel de ciência e profissão, bem como uma conexão com a saúde, ela dirige o olhar sistemático e investiga condutas terapêuticas nos serviços de epidemiologia voltadas para o controle de infecções, e constrói elementos para o percurso de saberes e afazeres (MILLÃO; FIGUREDO, 2012).
O enfermeiro tem o dever de criar ações com a intenção de orientar as gestantes sobre esse problema que é a sífilis como: a forma que se transmite a doença, prevenção e os danos que causa. A responsabilidade de saber conduzir uma assistência de qualidade também é do enfermeiro, pois tem uma

função essencial na melhoria do atendimento ao pré-natal, contribuindo para a detecção precoce da sífilis e para a diminuição da transmissão dessa infecção (SILVA; VIEIRA, 2018).
A necessidade de ações direcionadas à SC e SG volta-se para a presença constante de profissionais qualificados e orientados sobre a doença, para poderem fazer o devido acompanhamento às gestantes, estes que devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento acessíveis e adequados para cada caso, visto que são grandes problemas enfrentados na atualidade (BRASIL, 2020b).
A assistência de enfermagem é de fundamental importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é determinante para a diminuição da transmissão da sífilis e de outras doenças infecciosas e contagiosas, enfatizando-se a importância da realização da notificação pelos profissionais de saúde, pois só assim serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas decisões a serem tomada para o controle dos futuros casos (MAGALHAES et al., 2013).
Desta forma, os profissionais enfermeiros, enquanto indivíduos assistenciais para o cuidado no pré-natal, tem papel fundamental na criação e promoção de medidas que precisam ter sua aplicabilidade de forma generalizada e sistêmica, havendo o enfrentamento desse problema (LEITE et al., 2017).

2.6 ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) entre 2012 e 2018, com 522 casos de sífilis em gestante utilizando as fichas de notificação da sífilis gestacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1% (n= 303), e 24,5% (n=128) com ensino médio incompleto. Em relação ao momento do diagnóstico houve predominância no terceiro trimestre gestacional com 47,7% (n=249) dos casos.
Neste outro estudo realizado no município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n= 45) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, e 38,9% (n =7) tinham menos de oito anos de estudos. A frequência do diagnóstico da infecção foi no terceiro trimestre gestacional identificada em 46,3% (n=69) das gestantes, em relação ao RN prevaleceu o sexo masculino com de 61,1% (n=11) dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Em estudo realizado na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17,439 ocorrências de gestante com sífilis notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos, e a maioria tinha da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 20,5% (n= 4,601). Em relação ao momento do diagnóstico, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 34,8% (n= 6.411) notificações. Demonstrou também uma predominância no sexo feminino, com 47,9% (n= 4.179) casos, enquanto o sexo masculino apresentou 43, 1% (n= 3.763) notificações (CERQUEIRA et al., 2022).
Sobre este outro estudo realizado com 40 gestantes positiva para sífilis no município de Guarapuava Estado do Paraná, entre 2014 e 2015 utilizando informações através das fichas de notificação co mpulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, observaram que, a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos 75% (n=30), e a maior parte delas 60,0% (n=24) possuía ensino médio, em relação ao recém-nascido 95,% (n=38) com idade gestacional maior que 37 semanas, predominando o sexo masculino com 52,7% (n= 21) dos casos (SOARES et al., 2017).
Em relação a este estudo realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 gestantes positivas para sífilis, observou-se que a maior parte delas 44,1% (n=41) possuía escolaridade de ensino médio. A faixa etária predominante foi entre 21 e

30 anos 50,5% (n= 47). Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico no momento do parto 62,4% (n= 58) e 77,8% (n= 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 39 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento (LAFETA et al., 2016).

Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do Sistema Único de Saúde com 306 casos notificados de sífilis gestacional, verificaram que 67,41% (n= 182) das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com 55, 93% (n=151) no ensino fundamental. Destaca-se ainda que em 39,26% (n=120) das ocorrências a infecção foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional. Sobre as características dos neonatos 51,48% (n=139), foram do sexo masculino e 48,52% (n= 131) do sexo feminino com idade gestacional inferior a 36 semanas 82,96% (n= 224) dos casos (PADOVANI; OLIVEIRA E PELLOSO,2018)

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes. Mostrou que a faixa etária das gestantes eram de 20 a 29 anos com 51,6% (n=182), com escolaridade no ensino fundamental 74,1% (n =212), e resultado positivo no segundo trimestre gestacional 45,7% (n= 160) dos casos de sífilis gestacional (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Neste estudo realizado no município de São Sebastião no período de 2011 a 2017 com 30 casos notificados de sífilis gestacional, com fontes através das fichas de notificações do (SINAN), a maioria das gestantes possuem entre 24 e 28 anos de idade e o nível de escolaridade prevaleceu para ensino médio com 30% (n= 9). Em relação ao período gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 33,3% (n=10) estavam no segundo trimestre de gestação (GONÇALVES; ZEFERINO; OLIVEIRA, 2021).

Realizado no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através dos dados dos casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com 20.348 casos notificados. Verificaram que a faixa etária das gestantes eram de 52,9% (n=10.754) para a idade de 20 a 29 anos, com escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental 16,7% (n= 3.404). Relacionado ao momento do diagnóstico mostrou que 39,4% (n=8.020) ocorreu durante o 3º trimestre gestacional (AMORIM et al., 2021).

Neste estudo realizado no Distrito Federal, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, utilizando como fontes de dados as notificações do sistema Nacional de Agravos de Notificações, com 67 gestantes notificadas para sífilis. A faixa etária predominante foi entre 19 e 35 anos com 53,7% (n= 36), e 64,2% (n= 43) declararam possuir o ensino Fundamental. O momento do diagnóstico foi de 50,7% (n=34) para o primeiro trimestre gestacional. Em relação as características do recém-nascido 52,0% (n=26) eram do sexo masculino e 48,0% (n= 24) do sexo feminino, ambos os sexos tinham mais de 37 semanas com 78,0% (n=39) dos casos (MAGALHÃES et al., 2013).

Estudo realizado no estado do Paraná no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que a gestantes estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, que compôs 48% (n = 118) dos prontuários. Com Menos de 8 anos de estudo 65,2% (n= 107). O momento do diagnóstico prevaleceu no primeiro Trimestre com 28,3% (n=72). Em relação ao recém- nascido 51,6% (n=130) do gênero masculino e 48,4% (n= 122) eram do gênero Feminino com idade gestacional de 38 a 40 semanas considerados a termo com 82,3% (n= 205) dos casos (FELIZ et al., 2017).

No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticada na gestação, a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos 59,2% (n= 184), a maioria possuía o ensino fundamental

67,9% (n= 211). Quanto ao sexo, predomina o masculino com 54,7% (n= 170), com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas 88,5% (n= 275) (HOLANDA et al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho teórico-empírico, para a qual o procedimento aplicado será de levantamento, documental e abordagem quantitativa para análise de dados .

A pesquisa exploratória tem como propósito o desenvolvimento, esclarecimento, modificação, concepção e idealização, com aprimoramento de ideias, visionando formular os aspectos possíveis a ser estudados posteriormente, tornando-o acessível, planejado, flexível e aprimorando as ideias sobre um assunto (GIL, 2002).

Na pesquisa empírica realiza-se uma análise com base nas interpretações promovidas pelos pesquisadores, e pelas orientações sociais de onde vivem, é a compreensão de evidências, uma vez que se aprende fatos através das experiências vividas e presenciadas para obter conclusões, testar a validade de teorias e hipóteses em um contexto de experiência construídas no tempo e no espaço (SILVA; MENDES, 2013).

A pesquisa de levantamento é um dos muitos tipos de estudos que apresentam vantagens e limitações e apresentam duas formas de estudo: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população, e possibilita a realização e acompanhamento conjuntural da economia (FONSECA, 2002).

Neste contexto, a pesquisa documental caracteriza-se por ser a fonte de dados que se restringe a documentos, sejam eles escritos ou não, configurando-se o que é denominado como fontes primárias, as quais podem ser desenvolvidas o momento de ocorrência do fato ou em circunstância anterior. Dessa forma, os documentos utilizados serão arquivos particulares, de uma instituição pública, isto é, um hospital municipal (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A abordagem quantitativa resume-se em colher informações e dados, posteriormente fazer a quantificação aplicando a formas de estatísticas como: porcentagens, médias, coeficientes análise, números; descrevendo a forma de um fenômeno através da matemática (ASSIS, 2012).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba que está localizado no Estado do Pará da região Norte, a uma latitude de 04º16?34 e longitude de 55º59?01, a margem esquerda do Rio Tapajós com população de aproximadamente 137.110 habitantes, área territorial 62.042,472km2 (IBGE, 2023).

3.3 COLETAS DE DADOS E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram analisados 80 prontuários do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que foram atendidas na Obstetrícia e Ginecologia do HMI.

O período de coleta dos dados foi de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados são: número de casos de sífilis gestacional e congênita, dados sociais da mãe (faixa etária e escolaridade) e do neonatal (idade gestacional e gênero), e epidemiológico (período do diagnóstico).

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta dos dados foram realizadas nos meses de, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2022,
Foram incluídos todos os prontuários das gestantes com sífilis que residirem em Itaituba e que forem atendidas na do HMI no ano de 2022. Serão excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos e aqueles que não residirem no município.
Foram excluídos das amostras prontuários que apresentarem dados ilegível ou incompletos, prontuários que não seja positivo para sífilis e aqueles que não residirem no município de Itaituba.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quaisquer informações que revelem a identidade das participantes serão protegidas e mantidas e total e absoluto sigilo. A participação na pesquisa não incluirá ou acarretará custos e compensações financeiras. Diante deste estudo, será estabelecido um compromisso íntegro para que a assistência ética seja estabelecida, mantendo em sigilo as pessoas envolvidas (BARBETTA, 2012).
A pesquisa foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, no campus XII ? Santarém, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários, de acordo com o número 61937922.8.0000.5168.
Os dados serão tabulados com auxílio do programa Excel (versão 2016) para elaboração dos gráficos.

3.6 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A investigação a ser empreendida oferecerá riscos mínimos às pessoas, visto que a base amostral será apenas documentos, os quais serão manuseados adequadamente. Desse modo, buscará evitar possíveis riscos, uma vez que qualquer informação que possa revelar a identidade de indivíduos será protegida e manterá em total e absoluto sigilo, além de que a participação na investigação não gerará custos ou compensações de origem financeira (BARBETTA, 2012).
A coletas dos dados ao prontuário foi limitada acessando apenas informações específicas para a pesquisa e garantindo a não violação e a integridade dos documentos não causando assim danos físicos, cópias ou rasuras. Os dados obtidos na coleta serão utilizados exclusivamente para a finalidade da pesquisa (IFC, 2017).
Analisando os benefícios, tanto os potenciais, quanto os individuais ou coletivos, é possível a relevância social da pesquisa, podendo contribuir para o enfrentamento de estratégia, especialmente para incentivar as gestantes a fazer o acompanhamento do pré-natal corretamente, o qual é de suma importância, tanto para mãe quanto para o bebê, visto que detecta infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis (MACEDO et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 80 prontuários positivos para sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no ano de 2022, e desses, o mês de janeiro apresentou 13,8% (número = 11) de casos positivos, seguido do mês de março com 11,0% (n = 9) fevereiro, agosto e dezembro com 10,0% (n = 8), e maio, junho, setembro e outubro com 7,5% (n = 6) casos. Houve uma variação entre os meses de julho com 6,2% (n = 5), novembro com 5,0% (n = 4) e abril com 4,0% (n = 3) casos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Observa-se que o número de casos oscila entre os meses e existem fatores podem influenciar esses maiores números entre os meses de mulheres grávidas. Normalmente, os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras), com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesse período, deve-se ter uma intensificação da gestão pública com intuito de diminuir o índice de gravidez e a proliferação da sífilis com a distribuição de preservativos (BRASIL, 2010).
Durante o período de meses festivos como carnaval o sexo desprotegido aumentam as ISTS, e a enfermagem tem papel importante na prevenção e no controle da transmissão de novos casos intensificando a realização de trabalho como campanhas virtuais, físicas e nas UBS adaptando estratégias e sensibilizando cada público específico (COREN, 2018).
A implementação das políticas públicas é desafiador e por muitas vezes falho, devendo-se fortalecer a atenção primária, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e ao tratamento, focando na população mais vulneráveis e qualificar os profissionais de saúde para que possam realizar uma abordagem transparente em relação ao aspecto de saúde sexual (MIRANDA et al., 2021).
Em relação ao número de casos por meses de partos prematuros prevaleceu o mês de janeiro e março com 13,0% (n = 5), seguidos de fevereiro, maio, agosto e dezembro com 10,5% (n = 4), junho e julho com 7,8% (n = 3), outubro e novembro com 5,2% (n = 2), e abril e setembro com 2,6% (n = 1) dos casos (gráfico 02).

Gráfico 2- Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

A faixa etária das gestantes com sífilis variou de 18 a 36 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 23 anos com 60,0% (n = 48), seguido de 24 a 29 anos com 30,0% (n = 24), de 30 a 35 anos com 9,0% (n = 7) e maior ou igual a 36 anos com 1,0% (n = 1) (Gráfico 3).

Gráfico 3- Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Em estudo realizado por Santos-Filho et al. (2021) em Anápolis (GO) com 522 gestantes entre maio e setembro de 2019, utilizando as fichas de notificação da SG do SINAN, e eles observaram que a predominância quanto a faixa etária foi de 19 a 29 anos com 58,1%.
No Município de Caxias (MA) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 com 149 casos de sífilis gestacional, utilizando informações fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde mostrou que 30,2 % (n = 45) das gestantes com sífilis estavam na faixa etária de 20 a 24 anos de idade (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).
Cerqueira et al. (2022) realizaram um estudo na Bahia nos anos de 2010 a 2019 através dos dados da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde com 17.439 ocorrências de gestante com sífilis e eles notaram uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade com 49,9% (n= 11.161) dos casos.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Santos-Filho et

al. (2021) Conceição; Câmara e Pereira (2019) e Cerqueira et al. (2022).
As mulheres com idade, principalmente entre 20 e 24 anos, tendem a estar mais expostas ás doenças sexualmente transmissíveis por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre ISTs como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas (PEREIRA et al., 2020).
O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio com 47,5% (n= 38), em seguida Ensino Fundamental com 45,0% (n= 36), Ensino Superior com 5,0% (n=4), e não escolarizada com 2,5% (n= 2) dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4- Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Soares et al. (2017) no Município de Guarapuava (PR), entre 2014 e 2015 com 40 gestantes positiva para sífilis, utilizando informações através das fichas de notificação compulsória para sífilis gestacional junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, mostrou que 60,0% (n = 24) das gestantes possuía o ensino médio.
Na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, Lafeta et al. (2016) através das fichas de notificação do SINAN, observaram 93 gestantes positivas para sífilis, e identificaram que 44,1% (n = 41) possuíam escolaridade de ensino médio.
No período entre 2011 a 2015 no município Maringá (PR), Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) através dos bancos de dado do SUS analisaram 306 casos notificados de sífilis gestacional, e verificaram que 55,9% (n = 151) estavam no ensino fundamental.
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos resultados apresentados por Soares et al. (2017), Lafetá et al. (2016). E difere do estudo realizado por Padovani; Oliveira e Pelloso (2018) a qual foi identificado que essas gestantes apresentam pouco estudo e uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.
As mulheres com baixa escolaridade englobam uma série de fatores no processo saúde-doença o que acaba limitando o acesso aos: serviços de saúde, e a capacidade no conhecimento de práticas de saúde aumentando os fatores de riscos ficando assim mais vulneráveis a infecção (CARDOSO et al., 2018).
Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes (BRASIL, 2018).
Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, o primeiro trimestre predominou com 43,7% (n = 35), seguido do segundo trimestre com 22,5% (n = 18), o terceiro trimestre com 15,0% (n = 12), e por último, o diagnóstico na hora do parto com 18,7% (n = 15) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Período do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Estudo realizado em Belo Horizonte (MG) no período novembro de 2010 a setembro de 2013, através dos dados do Sistema de Saúde em Rede (SISREDE) com 353 gestantes, mostrou que houve uma prevalência de diagnóstico para sífilis gestacional no segundo trimestre com 45,3% (n = 160) dos casos

(NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).
No Município de São Sebastião do Paraíso (MG) entre 2011 e 2017, Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021) realizaram um estudo com 30 casos notificados de SG através das fichas de notificações do SINAN e notaram que 33,3% (n = 10), tinham diagnóstico para sífilis no segundo trimestre de gestação devido as questões de vulnerabilidade social. Mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis.
Amorim et al. (2021) fizeram um estudo em Minas Gerais no período de 2009 a 2019, através de 20.348 casos de SG e SC foram coletados via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e observaram que no momento do diagnóstico 39,4% (n = 8.020) estavam no 3º trimestre gestacional relacionado a baixa escolaridade o que influencia no entendimento das ISTs.
Os dados apresentados nesse estudo diferem dos trabalhos apresentados por Nonato; Melo e Guimarães (2015), Gonçalves; Zeferino e Oliveira (2021), e Amorim et al. (2021).
No presente estudo, observa-se que as gestantes têm escolaridade e possivelmente, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. Nesses outros estudos , o período de diagnóstico tardio do pré-natal, se deve, provavelmente, a gravidez indesejada ainda na adolescência, condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), e a escassez de orientações sobre testes sorológicos a qual deveria ser realizado no pré-natal logo no primeiro trimestre (MILANEZ; AMARAL, 2008).
O início precoce do pré-natal representa papel fundamental em prevenir ou detectar as patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2016).
Após um diagnóstico positivo, o acompanhamento é imprescindível à gestante com sífilis. Nesse momento , o enfermeiro que atende estas mulheres atua interrogando sobre seu estado, avalia a efetividade e adesão ao tratamento tanto na gestação como no pós-parto (BRASIL, 2022).
Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, cerca de 58,7% (n = 47) foram masculinos e 41,3% (n= 33) feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte : Elaborado por Santos (2023).

Magalhães et al. (2013) realizaram no Distrito Federal, entre novembro de 2009 a dezembro de 2010, um estudo com fontes de dados do SINAN com 50 casos notificados para SC notaram que 52,0% (n = 26) eram do sexo masculino e 48,0% (n = 24) do sexo feminino.
Estudo realizado no Município de Curitiba (PR) no período entre 2000 a 2010 com 254 casos positivo para sífilis congênita através informações dos prontuários de crianças expostas à sífilis na gestação e de suas mães, observou que 51,6% (n = 130) do gênero masculino e 48,4% (n = 122) eram do gênero feminino (FELIZ et al., 2017).
No estudo realizado no Município do Natal (RN) no período de 2004 a 2007 com dados obtidos do SINAN e do SINASC com 311 casos de sífilis congênita com mães diagnosticadas na gestação, o gênero predominante foi o masculino com 54,7% (n= 170) dos casos (HOLANDA et al., 2011).

Os dados apresentados nesse estudo são diferentes aos resultados apresentados por Magalhães et al. (2013), Feliz et al. (2017) e Holanda et al. (2011).
O gênero do recém-nascido não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contempla as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde (BRASIL, 2006).
Vale ressaltar ainda, que em um estudo realizado por Barros (2022) com 88 prontuários de neonatais entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, também foi encontrado maior nascimento do gênero feminino 53,4% (n = 47). Não podemos descartar, que esse resultado pode estar associado apenas uma quantidade maior de nascimento do sexo feminino. Por tanto, mais estudos devem ser feitos para um melhor entendimento.
Existem alguns fatores que influenciam a fecundação do óvulo por um cromossomo Y (masculino) e X (feminino) a qual vai determinar o sexo do bebê onde pode existir uma grande chance de um casal ter uma menina se tiverem relação sexuais vários dias antes da mulher ovular pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino) (UFJF, 2019).
Para a idade gestacional dos neonatos analisados, 52,5% (n= 42) nasceram entre 39 e 42 semanas, seguido de 35 a 38 semanas com 47,5% (n = 38) (Gráfico 7).

Gráfico 7 ? Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023).

Lafeta et al. (2016) fizeram uma pesquisa na cidade de Montes Claros (MG) entre janeiro de 2007 a julho de 2013, com 93 casos positivos para SG, observou-se que 77,8% (n = 72) dos recém-nascidos tinham idade gestacional de 38 a 40 semanas considerado adequada para o nascimento.
Soares et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 40 gestantes positiva para sífilis no Município de Guarapuava (PR) entre 2014 e 2015 utilizando as fichas de notificação compulsória para SG junto ao setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Saúde, e observaram que 95,0% (n = 38) tinha idade gestacional maior que 37 semanas.
Em estudo realizado Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 através dos bancos de dado do SUS com 306 casos notificados de SG, verificaram que a maioria tinham idade gestacional inferior a 36 semanas com 82,9% (n = 224) dos casos. (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).
Os dados apresentados nesse estudo são semelhantes aos trabalhos de Lafetá et al. (2016) e Soares et al . (2017). Porém, difere de Padovani; Oliveira e Pelloso, (2018) que registraram maioria para idade gestacional menor que 36 semanas. Eles identificaram que as gestantes apresentavam pouco estudo e um nível socioeconômico baixo o que pode interferir no autoconhecimento sobre a sífilis e as formas de prevenção.
Neste presente estudo observa-se que o período do diagnóstico de SG predominou no primeiro trimestre gestacional o que demonstra que as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente diminuindo o número de partos prematuro.
O direcionamento e as informações abertas que as gestantes recebem no período gestacional, demostra que o acompanhamento ao pré-natal deve ser uma das principais estratégias dos serviços de saúde através de uma atenção completa e inclusa, isto destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis (SANINE et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Dos 80 prontuários positivos para sífilis gestacional e sífilis congênita a maioria foi identificada no mês de janeiro, seguido de março, apesar de oscilar bastante entre os meses. Acredita-se que existem fatores que podem influenciar esses números como as festas regionais (carnaval, festa junina, feira agropecuária e outras. A enfermagem e as políticas públicas são importante no processo de prevenção e controle das IST , intensificando as campanhas tanto digital como em UBS, promovendo informação e educação em saúde sexual.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 18 a 23 anos. É nessa faixa etária que elas estão mais expostas a SG por causa da relação sexual precoce sem o uso do preservativo, troca frequente de parceiros, pouca informação sobre as doenças como a sífilis e o uso de álcool e drogas ilícitas.

O nível de escolaridade das gestantes apresentou predominância em Ensino Médio. O nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente uma associação da sífilis às gestantes.

Quanto ao diagnóstico de sífilis no período gestacional, a maioria das gestantes estão tendo o diagnóstico no primeiro trimestre. Possivelmente, essas gestantes têm escolaridade, por isso, estão iniciando seu pré-natal logo no primeiro trimestre, o que possibilita o diagnóstico precoce da SG. A realização do pré-natal no primeiro trimestre possibilita uma prevenção e detecção de patologias tanto maternas como fetais.

Em relação ao gênero do recém-nascido com SC, a maioria foi feminino. Esse gênero não é um fator determinante da sífilis congênita, apenas contemplam as características neonatais, utilizando esses dados para um controle para notificação epidemiológica tendo em foco a promoção em saúde.

Possivelmente alguns fatores que pode influenciar no gênero do bebê é o momento da ovulação da mulher onde se mulher tiver relação antes do período de ovulação a chance de ter menina aumenta pois pois presumi-se que o cromossomo ?X? tem capacidade de sobreviver por mais tempo do que o ?Y?, formando um embrião ?XX (femnino).

A idade gestacional dos neonatos registrada com maior predominância foi de 39 a 42 semanas. Observa-se um número baixo de partos prematuros, o que pode estar associado a escolaridade, mostrando que a maioria tem estudo, e realizou os cuidados do pré-natal logo no primeiro trimestre gestacional. Contudo, nesse período, elas receberam as informações necessárias de profissionais de saúde referentes as principais estratégias para ter uma atenção completa e inclusa evitando assim partos prematuros.

O papel do enfermeiro como contribuinte para melhoria da saúde das gestantes e do bebê, deve ser concentrado em orientações de realização do pré-natal adequado, incentivando as gestantes a comparecer em todas as consultas para o monitoramento da gestação; norteando sobre a relação sexual desprotegida com troca de parceiros frequentes; guiar sobre a conduta a ser realizada em caso de testes sorológicos positivo para sífilis e o início do tratamento; além do acompanhamento, desde o primeiro trimestre, para serem administradas todas as doses preconizadas pelo ministério público tanto da gestante como de seu parceiro.

As consultas de enfermagem fortalece o vínculo da gestante com unidade de saúde, isso facilita a

compreensão das informações repassadas pelo enfermeiro com as gestantes. Profissionais de saúde e gestão pública devem estar unidos com o intuito de diminuir o número de casos positivos para SG e SC, através de capacitação dos profissionais, ações em educação sexual nas escolas, UBS e meios virtuais, onde possam ser alcançados todos os públicos e faixa etária, enfatizando a importância da prevenção, tratamento e monitorização,

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiologia Serviço de Saúde, Minas Gerais, v. 30, n. 4, p. 1-25, 2021.

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS. Revista Psicologia de Saúde, campo Grande, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2019.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 34, n.2, p. 1-55, 2012.

ASSIS, M. C. Metodologia do Trabalho Científico, 2012, p. 48. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 5. ed. rev. Florianópolis: editora da UFSC, 2012.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SILVA, A.O.; ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de Enfermagem, Recife, v.11, n. 5, p. 74-1867, 2017.

BARROS, S. M. O. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para prática assistencial. São Paulo:

Roca, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 2, 2000, 66 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf> Acesso em: 08 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.62, 52 p, 2005a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 24, 2005b, 108 p. Disponível em: <https://livrariapublica.com.br/pdfmanualdedebolsocontroledadoencassexualmentetransmissiveisdstministeriodasaudedominiopublico >. Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha sífilis congênita: sífilis na gravidez, trate com carinho. 1ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c, 19 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/58sifilis_gravidez.pdf>. Acesso em: 13 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 72 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica :HIV/Aids, hepatites e outras DST. 2ª ed. Brasília, n.18, 108p 2006b. Disponível em: < https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab/item/63-caderno-de-atencao-basica-hiv-aids-hepatites-e-outras-dsts>. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, AIDS e Hepatite VIRAIS. Dica elaborada em novembro de 2007. Disponível em:<Http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília, Ministério da Saúde

, 302 p, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Ato Risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde , 302 p, 2012a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao _alto_risco.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico sífilis. 1ª ed. Ministério da Saúde, n. 01, p 14, 2012b . Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 14 out 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Caderno de Atenção básica. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, n.32, p 318, 2013. Disponível em: <https://dab/docs/portaldab/publicacoes /caderno_32. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis (IST). 2ª ed. Brasília: ministério da saúde, n. 02, p 120, 2015. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/ pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p, 2016. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores _Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1)>. Acesso em: 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, p 219, 2017a. Disponível em : <http://conitec.gov.brimagesConsultasRelatorios 2017RelatorioPCDTPrevencaoTransmissoVerticalHIVSfilisHepatitesViraisCP.pdf>. Acesso em: 08 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde, v.3, 468 p , 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?lang=pt&format =pdf>.
Acesso em: 21 maio 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 232 p, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes

/PCDTAtencaoIntegralIST.pdf>. Acesso em: 19 maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, 48 p, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-de-sifilis. Acesso em 27-01-2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, n.1, 42 p, 2020a. Disponível em:<https://Boletim Sífilis2020especial.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril de 2022. Edição especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 250 p, 2020b. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final _revisado_020420.pdf>. Acesso em: 20 abril 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 18 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 65 p, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis /arquivos/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis_segunda-edicao.pdf. Acesso em: 04 abril 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ? IST. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 211 p, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf .Acesso em: 28 de janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 1ª ed. Brasília: Ministério da saúde, n.1, 47 p, 2021c. Disponível em: <https://boletim_Sifilis 2021.indd (www.gov.br)>. Acesso em: 18 abril 2022. Edição especial.

CARVALHO, I. T. Microbiologia Básica. 1ª ed. Recife: EDUFRPE, 2010.

CARVALHO, L. F. Incidência de sífilis congênita em passo fundo. 2020. 79f. trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO). Universidade federal da fronteira sul campus de passo fundo, curso de medicina. Passos Fundo, 2020.

CARDOSO, A. R. P.; ARAUJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S.; FROTA, M. A. MELO, S. P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CERQUEIRA, L. B.; JESUS, T. A.; ANDRADE, A. C. M.; OLIVEIRA, M. C. S.; BRASIL, C. A. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. Revista enfermagem contemporânea, Salvador, v.11, n.01, p. 2-9, 2022.

COUTO, M. S.; COSTA, L. S.; LIBERA, P. B. D.; DIAS, J. B.; QUATRIN, L. B. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria entre os anos de 2007 e 2016. Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 415-423, 2018.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. A enfermagem na prevenção de ISTS durante o Carnaval. São Paulo, 2018. <Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/a-enfermagem-na-prevencao-de-ists-durante-o-carnaval>. Acesso em 01 de janeiro de 2023.

CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré no Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 16 n. 3, p. 165-173, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 2-32, 2016.

DOU, Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no Estado do Paraná-Brasil. Revista Latino-Americana Enfermagem, Paraná, v.

27, p. 2-10, 2019.

FELIZ, M. C; MEDEIROS, A. R. P.; ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M. V. B.; RODRIGUES, C . Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. Revista Brasileira de Epidemiologia, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.

FIGUEREDO, M. R. B.; ALVES, G. G.; MILLÃO, L. F.; SILVESTRIN, S.; AMARAL, N. V. A atenção básica e seus programas. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M.R. B. Enfermagem em Saúde Coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: SENAC, v. 1. 2012. p. 27-648.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da Pesquisa Cientifica. 1ª ed. Ceará: UECE, 2002.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: Sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-15, 2021.

GASPAR, P. C.; BINGOLIN, A.; NETO, B. A.; PEREIRA, D. S.; BAZZO, L. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 01, p. 1-13, 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; OLIVEIRA, M. H.P.; BUENO, S. V.; MACHADO, A. A. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 226-229,1991.

GONÇALVES, L. A.; ZEFERINO, M. G. M.; OLIVEIRA, L. S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde, Minas Gerais, v. 47, n. 01, p. 1-13, 2021.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade

Brasileira de Pediatria, São Paulo, p.10-18, 2010.

HADDAD JUNIOR, H.; VISCONTI, M. A. Gestação, Parto e Lactação. 5ª ed. São Paulo: UNIVESP, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TKlY76WwItHTHKeBpTim7JsPTGMLiaLM/view>. Acesso em: 25 maio 2022.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M A.; MACHADO K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte ? 2004 a 2007. Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Município de Itaituba. Cidades e Estados, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/itaituba.html>. Acesso em: 13 maio 2022.

IFC - Instituto Federal Catarinense. Município de Santa Catarina, 2017. Disponível em:<https://cepsh.ifc.edu.br/wpcontent/uploads/sites/24/2016/05/TABELA_RISCOS_PROVIDENCIAS.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2022.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JUNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M.; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165-176, 2016.

LIMA, V. C.; LINHARES, M. S. C.; FROTA, M. V. V.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. Caderno Saúde Coletiva, Sobral, v. 30, n. 3, p. 374 - 386, 2022.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Brasil: 2011.

MACÊDO, V.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, p .2-78, 2017.

MACÊDO, V. C.; ROMAGUERA, L. M. D.; RAMALHO, M. O. A.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G.; LIRA , P. I.C. Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical. Caderno Saúde Coletiva, São Paulo, v.28, n.4, p.518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. L.; FIGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M . S. C.; GUBERT. F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, v. 24, n. 01, p. 20-27, 2012.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza. 2008. 58F. Dissertação para obtenção de Título de Mestre (Mestrado). Fundação Edson Queiroz. Universidade de fortaleza. Fortaleza, 2008. Disponível em: Sífilis gestacional políticas públicas.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista brasileira de obstetrícia, São Paulo, v. 30, n. 7, p. 376-381, 2008.

MIRANDA, A. E.; FREITAS, F. L. S.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, M. A. A.; PEREIRA, G. F. M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2021.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 9ª ed. Embriologia Básica. Rio de Janeiro: ELSEVIER , 2012a.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T.V.N.; TORCHIA, M. G. 10ª ed. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2012b.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. Microbiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro:

ELSEVIER, 2014.

NASCIMENTO, J.S. Biologia de Microrganismos. 4ª ed. Paraíba: UFP, 2010.

NAUD, P.; VETTORAZZI, J.; MATOS, J. C.; CHAVES, E. B. M.; HAMMES, L. S.; MAGNO, V.; GALÃO, A. O. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviço de Saúde. Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA. L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. 2011. 54F. Trabalho apresentado para Título de Especialista (Monografia). Instituição de Ensino Superior. Universidade Castelo Branco. Salvador, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maringá, v .26, n. 01, p.1-10, 2018.

PEREIRA, A. L.; SILVA, L. R.; PALMA, L. M.; MOURA, L. C. L.; MOURA, M. A. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. Revista Femina, São Paulo, v. 48, n. 9, p. 563- 567, 2020.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D. C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROSA, R. F. N.; ARAÚJO, A. S.; SILVA, A. D. B.; SILVA, A. K.; MARTINS, J. V. M.; ALVES, J. M.; SANTOS, L. T. D. O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Revista de Enfermagem, Pernambuco, v .15, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile /243643/3476>Acesso em 26 abril 2022.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salude Publica, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.1 - 44, 2017.

SANTOS-FILHO, R. C.; MOREIRA, I. C.; MOREIRA, L. D.; ABADIA, L. G.; MACHADO, M. V.; NASCIMENTO, M. G.; SILVA, C. T. X. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis: uma análise retrospectiva. Revista Cogitare Enfermagem, Anápolis, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2021.

SES-SP. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. Revista Saúde Pública. 1ª ed. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt>. Acesso em:
12 maio 2022.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo. Caderno de saúde pública. 1 ed. São Paulo, v. 35, n. 10, p. 2-15, 2020.

SILVA, J. M.; MENDES, E. P. M. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON, G. J.; RAMIRES, J. C. L.; RIBEIRO, M.A.; PESSÔA, V.L.S. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 2001-221, 2013.

SILVA, L. B.; VIEIRA, E. Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, São Paulo, v.02, n.3, p.120-141, 2018.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JUNIOR, J. G.; SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Revista de Enfermagem, Recife, v. 13, n. 3, p. 604-613, 2019.

SILVA, G. M.; SILVA, M. A. P.; MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; MENDONÇA, R. R.; FERNANDES, C. A. M. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 14, n. 2, p. 369-382, 2020.

SILVA, C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. Revista Femina, v. 49, n. 01, p. 58 - 64, 2021.

SOARES, G. L.; ZARPELLON, B.; SOARES, G. L.; BARATIERI, T.; LENTSCK, H.; M.; MAZZA, A.; V. Sífilis gestacional e congênita: características materna, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde materno infantil, Recife, v. 17, n.04, p. 791-794, 2017

SOLINO, M. S. S.; SANTOS, N. S. S.; ALMEIDA, M. C. S.; SANTOS, L. F.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA , R. S. F.; BATELLO, G. V. V. A. T. Desafio do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. Revista Brasileira de revisão em Saúde, Curitiba, v. 3, n. 5, p .13917-13930, 2020.

SOUSA, W. B.; SOUZA, D. A.L; DANTAS, J. F.; DANTAS, M. L. Silva; LIMA, E. A. R. Cuidados de Enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. Campina Grande , p.1-7, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf> acesso em: 12 maio de 2022.

TEIXEIRA, D. A. Microbiologia Básica Cidade. 1ª ed. Teófilo Otoni: NICE, 2020.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Porque nascem mais meninos que meninas, 2019. Disponível em < https://www.ufjf.br/ladem /2019/01/04/porquenascemmaismeninosquemeninastodososanosnomundo/#:~:text=Tempo%20e%20equil%C3%ADbrio,mais%20meninos%20do%20que%20meninas>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

VERMELHO, A. B; PEREIRA, A. F; COELHO, R. R. R; PADRÓN, T.S. Práticas de Microbiologia. 1ªed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, D. A. Paula; QUEIROZ, N. C. A. Microbiologia Geral. 1ª ed. Inhumas: IFG, 2012.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Sr. Iamax Prado

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, pela Reirineiva Campos dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Jossehan Galúcio de Frota, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no ano de 2022, e o perfil socioepidemiologico desses participantes no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de prontuários Obstétricos e Ginecológicos da instituição.
Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.
A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399.Aparecida. Santarém-PA. CEP

68040-090.
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, 28 de junho de 2022.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

_____
Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS ? TCUD

Nós Reirineiva Campos dos Santos e Dr. Jossehan Galúcio de Frota, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Caracterização e prevalência de sífilis gestacional e congênita no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do setor de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Hospital Municipal de Itaituba, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados em novembro dizem respeito a: Sífilis gestacional e congênita ocorridos entre as datas de janeiro a dezembro de 2022, na cidade de Itaituba (PA), em 11 de agosto de 2022.
Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII ? Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinaturas
Reirineiva Campos dos Santos	691784	_____
Jossehan Galúcio da Frota	2803929	_____

Figura 1 -Desenho esquemático da forma espiroqueta de uma bactéria da espécie Treponema pallidum. Fonte: Avelleira e Bottino (2006)...18
Figura 2 -Sífilis primária com cancro duro. Fonte: Avellera e Bottino (2006).....21
Figura 3 -Sífilis secundária: lesões palmares com manchas avermelhadas Fonte: Avellera e Bottino (2006) 21

Gráfico 1 -Número de casos positivos para sífilis gestacional e congênita no período de janeiro a dezembro no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 36
Gráfico 2 -Número de partos menores que 38 semanas por meses no período de janeiro a dezembro no Município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 37

Gráfico 3 -Faixa etária das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023)..38
Gráfico 4 -Nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba . Fonte: Elaborado por Santos (2023) 39
Gráfico 5 -Momento do diagnóstico das gestantes com sífilis gestacional e congênita no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 40
Gráfico 6 -Gênero do Recém-Nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Fonte: Elaborado por Santos (2023) 42
Gráfico 7 -Idade gestacional dos recém-nascido de gestantes com sífilis gestacional no município de Itaituba. Elaborado por Santos (2023) 43

A.I.H -Autorização de internação Hospitalar
DUM -Data da última menstruação
ELISA -Enzme-Linked ImunoSorbent Assay
FTA-ABS -Fluorescente Treponemal Antibody-Absorpion
H.M.I -Hospital Municipal de Itaituba
IST -Infecções Sexualmente Transmissível
LCR -Líquido cefalorraquidiano
MHA-TP -MIcrohemaglutinatiom-treponema pallidum
PA -Pará
RN -Recém-nascido
RPR -Rapid plasma reagen
SC -Sífilis congênita
SG -Sífilis gestacional
T -Treponema
TCUD -Termo de compromisso de utilização de dados
TPHA -Treponema Pallidum hemaglutination
VDRL -Venereal Disease Research Laborator

1INTRODUÇÃO.....13
2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....16
2.1GESTAÇÃO.....16
2.2INFECÇÕES SEXUALMENTE TRASMISSÍVEIS.....17
2.3SÍFILIS.....17
2.3.1Sífilis Gestacional.....19
2.3.1.1Sintomas da Sífilis Gestacional 20
2.3.1.2Diagnóstico da Sífilis Gestacional 22
2.3.1.3Tratamento da Sífilis Gestacional 23
2.3.2Sífilis Congênita 24
2.3.2.1Sintomas da Sífilis Congênita 25
2.3.2.2Diagnóstico da Sífilis Congênita 25
2.3.2.3Tratamento da Sífilis Congênita 26
2.4POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SÍFILIS 27
2.5SÍFILIS E A ENFERMAGEM.....28

2.6ASPECTO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO.....29
3METODOLOGIA.....33
3.1TIPO DE ESTUDO 33
3.2LOCAL DE ESTUDO 33
3.3COLETA DE DADOS 33
3.4CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 34
3.5ASPECTO ÉTICO E ANÁLISE DOS DADOS 34
3.6ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS 35
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36
5CONCLUSÃO.....45
REFERÊNCIAS 47
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA 58
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE ULTILIZAÇÃO DE DADOS 59

( ) Concordamos com a solicitação( ) Não concordamos com a solicitação