

Perfil e fatores relacionados à sífilis gestacional: revisão integrativa

Raíza Martha Lopes dos Santos Vilela¹  Vitória Carolina Ferreira Benevenuto¹  Carla Regina de Almeida Corrêa² 
Débora Aparecida da Silva Santos² 

¹Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Universidade Federal de Rondonópolis - UFR. Rondonópolis/MT, Brasil.

²Universidade Federal de Rondonópolis - UFR. Rondonópolis/MT, Brasil.

E-mail: deboraassantos@hotmail.com

Resumo Gráfico



Resumo

A sífilis consiste em um grave problema de saúde pública e na gestação pode acarretar complicações para a gestante e recém-nascido. Objetivou-se descrever os principais fatores associados aos casos de sífilis gestacional em brasileiras relatados na literatura. Trata-se de revisão integrativa de artigos publicados entre 2014 e 2023 nas bases de dados BVS, Scielo e PubMed. Utilizou-se os descritores sífilis, gestação e epidemiologia nos idiomas português, inglês e espanhol, aplicando os operadores booleanos AND e OR. Após análise com base nos critérios de inclusão e exclusão e questão norteadora resultou amostra final de vinte artigos. Os resultados demonstraram que há tendência crescente na incidência de sífilis gestacional, além disso, ser jovem, raça não branca, baixas escolaridade e renda estão associados aos casos. A assistência inadequada no pré-natal e não tratamento do parceiro provocam aumento dos casos de sífilis congênita. Conclui-se que é necessário maior destaque para a temática a fim de integrar os serviços de saúde, melhorar os fluxos, acolhimento e assistência, fortalecendo assim, as ações voltadas para prevenção, controle e redução dos casos de sífilis gestacional.

Palavras-chave: Sífilis. Gestação. Revisão Integrativa. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A sífilis é um agravo infeccioso causado pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo considerada uma doença grave negligenciada e que pode acarretar complicações ao indivíduo. É transmitida por via sexual, transfusional (rara) e transplacentária^{1,2}. Um caso de sífilis gestacional pode ser definido como toda mulher assintomática ou sintomática para sífilis e que apresente resultados positivos em testes treponêmicos ou não treponêmicos durante o pré-natal, parto ou puerpério³.

Em especial, no período gestacional, consiste em um problema de saúde pública. A sífilis gestacional apresenta alto risco de transmissão vertical, ocorrendo em 80 a 100% dos casos não tratados e está associada a complicações graves como abortamento, parto prematuro, óbito neonatal e problemas no desenvolvimento infantil^{1,2}. Em 2016, no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que um milhão de gestantes foram diagnosticadas com sífilis, ocasionando cerca de 661.000 casos totais de sífilis congênita e 355.000 resultados adversos do parto⁴.

Entre 2005 e junho de 2023, 624.273 casos de sífilis gestacional foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), predominantemente em mulheres de 20 a 29 anos (59,7%), com baixa escolaridade (33,6% com ensino fundamental) e majoritariamente de raça/cor parda ou preta (63,8%). Essas gestantes foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestre de

gravidez, tempo oportuno para prevenção da sífilis congênita⁵. Nessa conjuntura, a assistência pré-natal é essencial para captação e diagnóstico precoce, tratamento adequado, prevenção e redução na transmissão para o recém-nascido³.

O diagnóstico da sífilis gestacional é realizado através de exames classificados em treponêmicos e não treponêmicos, utilizados tanto para triagem, como para diagnóstico e monitoramento, sempre associados à anamnese, histórico de exposição e tratamento anterior. Este diagnóstico é disponibilizado em unidades de atenção básica em todo país, bem como o tratamento que é preconizado com administração de benzilpenicilina benzatina, uma medicação segura e eficaz que se utilizada corretamente, promove a cura da doença. Recomenda-se o tratamento precoce frente ao resultado positivo para sífilis de qualquer modalidade de testagem⁶.

A OMS recomenda no mínimo seis consultas de consulta de pré-natal distribuídas ao longo da gestação, a fim de garantir que a gestante seja testada para sífilis no mínimo duas vezes, tanto no início do pré-natal e próximo à trigésima semana de gestação, além do teste na admissão hospitalar, conforme a portaria MS/GM nº766/2004⁷. Caso a gestante apresente histórico de sífilis tratada, é preconizado iniciar a investigação com testes não treponêmicos para detectar a titulação de anticorpos e compará-la com os resultados

anteriores⁸.

Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por meio da Portaria nº399 de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela saúde que em um de seus eixos, pacto pela vida, prioriza a redução da mortalidade materna e infantil, incluindo a diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis⁹. Outra estratégia do Ministério da Saúde instituída pela portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 é o Rede Cegonha, que apoia a adequação do atendimento as gestantes no pré-natal, garantindo a assistência e a realização de todos os exames pertinentes a esse período¹⁰.

Estudos de revisão integrativa sobre a sí-

filis gestacional são cruciais para consolidar evidências que orientem a prática clínica e auxiliem na formulação de políticas públicas eficazes. Fato relevante, visto que a sífilis gestacional constitui-se um indicador expressivo sobre a qualidade do pré-natal e exige dos gestores vigilância na elaboração de estratégias para a transformação desta realidade.

Diante disso, conhecer os fatores associados à sífilis gestacional constitui-se um processo determinante para tomadas de decisão, busca ativa e construção de políticas públicas. Dessa forma, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura para identificar o perfil e os fatores associados aos casos de sífilis gestacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre sífilis gestacional que utilizou como protocolo as orientações do método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses* (PRISMA)¹¹. Foi seguida a metodologia sobre o conceito de integração considerando as referidas etapas: identificação do problema, pesquisa de literatura, avaliação de dados, análise dos dados e apresentação¹².

A questão norteadora proposta para o estudo foi: Qual o perfil e fatores associados aos casos das gestantes com sífilis no cenário brasileiro nos últimos dez anos? Os critérios de inclusão foram: estudos originais disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, nos idiomas inglês, espanhol ou português, que apresentaram resultados de estudos com gestantes brasileiras e abordassem sífilis gestacional e seus fatores associados. O intervalo temporal compreendeu o período de 2014 a 2023 Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão, sucedeu-se a busca nas bases de dados, ocorrida nos meses de agosto a setembro de 2023, considerando a produção publicada até o mês de julho de 2023.

Foi utilizado o *proxy* licenciado, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), acessado via

Portal de Periódicos CAPES ([http://www-periodicos-capes.gov-br.ez51.periodicos.capes.gov.br/](http://www.periodicos-capes.gov.br.ez51.periodicos.capes.gov.br/)), utilizando-se o acesso CAFE.

Os estudos foram identificados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *National Library of Medicine* (PubMed).

Foi realizada a busca dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subjects Headings* (MeSH), sendo eles: “sífilis” (“syphilis”; “sifilis”), “gestação” (“gestation”; “gestación”) e “epidemiologia” (“epidemiology”; “epidemiología”). Acrescentou-se no PubMed, o descritor “Brasil” (“Brazil”; “Brasil”). Para os cruzamentos nas bases de dados foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Foram excluídas as monografias, dissertações e teses; artigos teóricos e de opinião, bem como, as publicações duplicadas entre as bases de dados, os artigos qualitativos, relatos de caso e artigos de revisão e artigos que na avaliação de qualidade apresentavam segundo a plataforma da CAPES uma avaliação que não fosse A. Os documentos elegidos passaram por um processo de seleção e suprimidos nos casos de estudos realizados em países estrangeiros, estudos que não fo-

ram realizados com gestantes e que não se referia sobre sífilis gestacional. Os artigos duplicados entre as bases de dados foram incluídos somente na primeira base encontrada.

A seleção dos estudos foi feita por dois pesquisadoras de forma independente. Em continuidade, foi realizada a leitura de título e resumo na íntegra dos artigos pré-selecionados, extraíndo-se os dados por meio de um quadro contendo: autor, ano de publicação, objetivos, delineamento, local de estudo e amostra.

Para seleção dos artigos incluídos na revisão contou-se com as etapas de acordo

com o diagrama PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) ilustrado na Figura 1.

Apesar de tratar-se de pesquisa de revisão integrativa, respeita todos os aspectos éticos em pesquisa com dados de seres humanos, incluindo a confidencialidade e a integridades dos dados arquivados pelos autores. Trata-se de um recorte do estudo matricial Casos de sífilis gestacional e congênita no estado de Mato Grosso: um estudo ecológico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondonópolis (Parecer:6.266.503 e CAAE:71430423.7.0000.012).

RESULTADOS

Foram selecionados 2.586 artigos, sendo 2.538 (98,1%) na BVS, sete (0,3%) no SciELO e 41 (1,6%) no PubMed. Após a realização da triagem, 2.549 (98,6%) foram excluídos 37 (0,7%) por serem duplicados, sete (0,3%) estudos realizados em outros países, 1.540 (61%) sem a inclusão de gestantes e 965 (38%) que não se referia a sífilis gestacional. Nos 37 artigos filtrados, verificou-se a qualidade da avaliação da revista pela CAPES, sendo excluídos 17 (45,9%) artigos. Dessa forma, foram incluídos 20 artigos nesta revisão integrativa. O fluxograma que apresenta o processo de identificação e seleção dos estudos encontra-se na Figura 1.

Em relação ao delineamento dos estudos, foram identificados seis (30%) artigos do tipo transversal, seis (30%) ecológicos e cinco (25%) descritivos, os demais (15%) tratavam-se de caso controle, documental e coorte. A população de estudo variou de 171 a 20.348 gestantes com sífilis. No que se refere ao local de realização do estudo, oito (40%) são estaduais, sete (35%) municipais, três (15%) regionais e dois (10%) âmbito nacional, sendo cinco (27,8%) na região Nordeste, quatro (22,2%) no Sudeste, três (16,7%) no Centro-Oeste, três (16,7%) no Norte e três (16,7%) no sul do país. A maior parte dos estudos visam analisar os casos de sífilis na gestação traçando seu perfil epidemiológico, além de mensurar a incidência, prevalência e tendência dos casos, exceto um

artigo que buscou estimar a taxa de coinfeção do HIV/sífilis e outro que mensurou a prevalência da não realização do exame para diagnóstico da sífilis.

As variáveis escolhidas para os estudos baseiam-se majoritariamente nas categorias incluídas nas notificações compulsórias: variáveis sociodemográficas, clínicas, laboratoriais, comportamentais e relacionadas ao pré-natal. No entanto, algumas pesquisas trouxeram somente número de casos totais, incidência e prevalência; ressalta-se que todos encontraram alta incidência e prevalência de sífilis gestacional e tendência crescente significativa de casos.

Quanto ao perfil das gestantes, os estudos analisados abrangeram faixa etária entre 10 a 49 anos, sendo a maioria de 20 a 29 anos, raça/cor não brancas com destaque para as gestantes pardas, baixo nível de escolaridade, baixa renda e não trabalhavam formalmente.

Sobre os aspectos relacionados ao pré-natal, a maior parte das gestantes realizaram de três a quatro consultas de pré-natal, receberam o diagnóstico de sífilis nessas consultas e estavam no terceiro trimestre de gestação. As gestantes tiveram a doença classificada como sífilis primária, sendo a classificação clínica, uma variável pouco preenchida na notificação compulsória. O tratamento foi realizado inadequadamente na maioria das gestantes, e não realizado principalmente nos parceiros.

Os principais fatores associados aos casos de sífilis gestacional foram raça/cor não branca, baixa escolaridade, baixa renda, idade menor de 20 anos, ausência de ocupação remunerada, viver sem companheiro, número de parceiros sexuais, parceiro usuário de drogas, uso de álcool e tabaco, ser multípara, histórico de IST anterior, nascimento prematuro anterior, baixo peso ao nascimento anterior, menos de 6 con-

sultas de pré-natal, não realização de pré-natal, não recebimento do cartão de pré-natal na primeira consulta, não participação de grupos de gestante, classificação clínica primária, não realização do teste não treponêmico no primeiro trimestre, título do primeiro e último VDRL $\geq 1:8$ e tratamento inadequado.

O quadro 1 traz os principais resultados extraídos dos artigos.

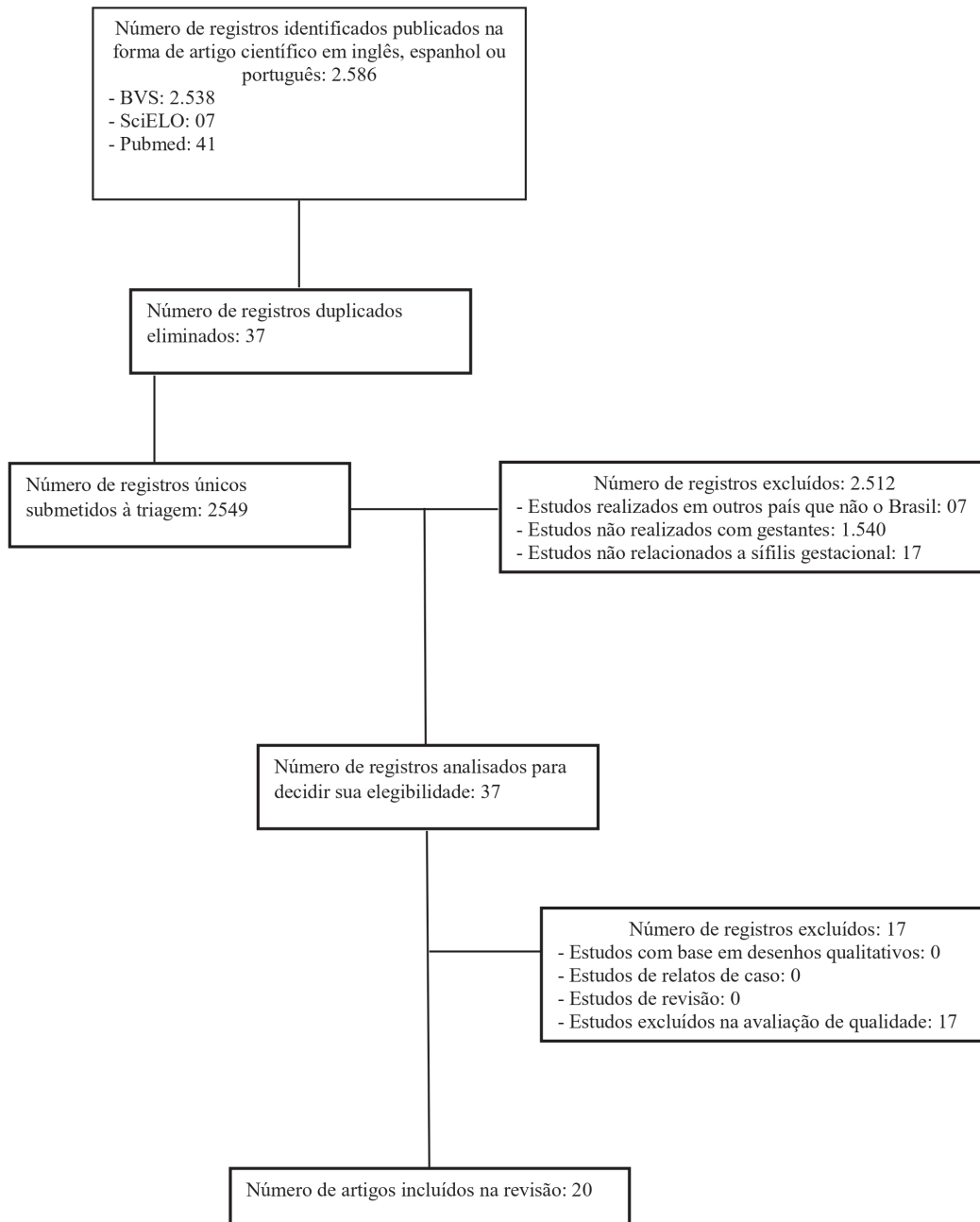


Figura 1 - Fluxograma dos estudos para esta revisão integrativa.

Quadro 1 - Análise dos artigos selecionados de acordo com autor e ano, objetivos, local de estudo e amostra do estudo.

Autor (ano)	Objetivos	Delineamento	Local de estudo	Amostra
Acosta, Gonçalves e Barcellos (2016)	Estimar a taxa de coinfeção do HIV/sífilis nas gestantes de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul e associação com a transmissão vertical do HIV e variáveis socioeconômicas.	Transversal, retrospectivo e analítico	Porto Alegre	1.500
Amorim <i>et al.</i> (2021)	Analisar a tendência das notificações de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, Brasil, de 2009 a 2019.	Ecológico de série temporal	Minas Gerais	20.348
Cardoso <i>et al.</i> (2018)	Analisar os casos notificados de sífilis em gestantes e possíveis desfechos para o feto e o recém-nascido em Fortaleza, Ceará.	Transversal	Fortaleza	350
Cavalcante, Pereira e Castro (2017)	Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período 2007-2014 em Palmas-TO, Brasil.	Descritivo	Palmas	171
César <i>et al.</i> (2020)	Medir a prevalência, avaliar a tendência e identificar fatores associados à não realização de exame sorológico para sífilis entre puérperas residentes no município de Rio Grande, RS, nos anos de 2007, 2010 e 2013.	Inquérito transversal	Rio Grande	7.351
Domingues <i>et al.</i> (2017)	Estimar a prevalência de infecção de sífilis e HIV na gravidez, transmissão vertical de sífilis e incidência de sífilis congênita em filhos de mulheres encarceradas no Brasil.	Transversal	Brasil	23.894
Fernandes <i>et al.</i> (2021)	Verificar a tendência nos indicadores epidemiológicos de SG em São Luís e descrever o perfil das gestantes confirmadas em uma série histórica de 13 anos.	Descritivo e retrospectivo	São Luís	1.688
Lafetá <i>et al.</i> (2016)	Identificar e descrever casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados em uma cidade brasileira de médio porte.	Descritivo, retrospectivo	Montes Claros	214
Macêdo <i>et al.</i> (2017)	Determinar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde relacionados à ocorrência de sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas.	Estudo Caso-controle	Recife	586
Moura <i>et al.</i> (2021)	Analisar, à luz da teoria social ecológica, a evolução temporal da sífilis gestacional e sua relação com a implantação da rede cegonha no Ceará.	Documental, retrospectivo	Ceará	7.040
Nonato, Melo e Guimarães (2015)	Estimar incidência e fatores associados à sífilis congênita em conceitos de gestantes com sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil.	Coorte histórica	Belo Horizonte	353
Nunes <i>et al.</i> (2021)	Analisar a tendência temporal e a distribuição espacial de sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) em Goiás, Brasil, no período 2007-2017.	Ecológico de série temporal	Goiás	7.679
Nunes <i>et al.</i> (2018)	Analisar a incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita e a correlação desses indicadores com a cobertura da Estratégia Saúde da Família em Goiás, Brasil, de 2007 a 2014.	Estudo ecológico	Goiás	3.890
Padovani, Oliveira e Pelloso (2018)	Analisar a prevalência de sífilis na gestação e sua associação com características socioeconômicas, histórico reprodutivo, assistência no pré-natal e no parto e características do recém-nascido.	Transversal	Paraná	306
Saraceni <i>et al.</i> (2017)	Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita nos estados brasileiros do Amazonas, Ceará, Espírito a partir de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).	Estudo descritivo	Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal	18.310
Soares e Aquino (2021a)	Analisar a associação entre as taxas de incidência da SG e da SC e a cobertura de pré-natal no período de 2007 a 2017 no Estado da Bahia, Brasil.	Ecológico e longitudinal	Bahia	15.050
Soares e Aquino (2021b)	Descrever a completude e as características das notificações de sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia, Brasil, no período 2007-2017.	Ecológico	Bahia	15.050
Soares <i>et al.</i> (2020)	Analisar a distribuição espacial da SG e da SC no estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 2011 a 2018.	Estudo ecológico	Espírito Santo	6.563
Sousa <i>et al.</i> (2021)	Traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional na mesorregião do baixo amazonas no período de 2008 a 2018.	Transversal, epidemiológico, descritivo	Pará	949
Tiago <i>et al.</i> (2017)	Descrever a distribuição, incidência e subnotificação de sífilis entre povos indígenas de Mato Grosso do Sul, Brasil.	Descritivo	Mato Grosso do Sul	449

DISCUSSÃO

No que se refere aos resultados do perfil dos casos de sífilis, houve semelhança nos diferentes artigos. No Amazonas, o perfil de 949 gestantes com sífilis foi jovens 20 a 29 anos, pardas, ensino fundamental incompleto, classificadas como sífilis primária no terceiro trimestre de gestação¹³. O estudo “Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica” evidenciou que predominou faixa etária 25 a 34 anos, pretas, analfabetas ou no máximo com sete anos de estudos, 62,3% não possuíam a quantidade mínima de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde ou não haviam realizado pré-natal¹⁴.

Em Minas Gerais, a maioria das gestantes jovens, não brancas, baixo nível de escolaridade, apresentaram sífilis primária diagnosticada no terceiro trimestre gestacional. Apenas 5,4% foram tratadas adequadamente ou não receberam tratamento e 61% dos parceiros não foram tratados¹⁵ e na Paraíba, onde houve tendência de aumento na incidência de sífilis gestacional e perfil de mulheres jovens, pardas e baixa escolaridade¹⁶. Fato notório que a compreensão deste perfil, pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias específicas para esta população nos diferentes municípios estudados.

Ademais, outros estudos destacaram o perfil dos casos de sífilis sendo que em São Luís, Maranhão, o perfil dos casos de sífilis gestacional foi 20 a 29 anos, cor parda e ensino médio e sífilis primária diagnosticada no terceiro trimestre gestacional¹⁷. Situação semelhante a encontrada no Montevideu, onde a prevalência foi a média de idade materna 23 anos e ensino médio¹⁸. Na Bahia, dos 15.050 casos de sífilis gestacional analisados, houve prevalência de mães negras, jovens (20 a 39 anos) e classificadas como sífilis primária¹⁹.

Em Fortaleza, Ceará, uma amostra de 175 casos de sífilis gestacional prevaleceu jovens com até 29 anos, não branca, baixo nível de escolaridade, diagnosticadas entre o segundo e terceiro trimestre, sendo 28,6% sífilis terciária. O tratamento ofertado foi realizado de maneira errônea e mais da metade dos parceiros sexu-

ais não foram tratados. A maioria das gestantes com sífilis não realizou teste treponêmico durante o pré-natal ou parto, e nos casos em que foram realizados, resultaram prevalentemente em reagente²⁰. Por outro lado, um estudo realizado no Paraná evidenciou uma realidade em que a maioria das gestantes com sífilis primária geralmente no terceiro trimestre durante o pré-natal são brancas e possuíam ensino médio²¹. Esta diferença pode estar relacionada às características locais deste Estado no sul do país.

No que se refere aos aspectos relacionados ao pré-natal, em Palmas, Tocantins, de 171 gestantes com sífilis com perfil 20 a 34 anos, pardas, ensino fundamental, sífilis primária ou latente, a maioria dos casos realizou apenas o teste não treponêmico e 26,9% dos parceiros foram tratados²². Em concordância, constatou-se que a maioria das gestantes de Recife foram classificadas como sífilis latente, 19,4% não receberam nenhum tratamento e 1,3% dos parceiros foram tratados²³. No estudo “Prevalência de sífilis e HIV em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras” destacou que mulheres encarceradas demonstravam maior prevalência de sífilis e infecção pelo HIV durante a gestação e menor qualidade dos cuidados pré-natais²⁴. Importante destacar que as características semelhantes da realização de pré-natal ineficaz, pode resultar em diagnóstico tardio e tratamento inadequado da sífilis.

Outros estudos destacaram estas características do pré-natal que resultaram em desfechos desfavoráveis nos casos de sífilis pré-natal. O estudo “Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle” identificou 93 casos de sífilis gestacional, sendo a maioria pardas, solteiras, 21 a 30 anos, ensino médio/superior, início do pré-natal no primeiro trimestre e mais de seis consultas, prevalecendo o diagnóstico após o parto/curetagem²⁵. Fato semelhante na cidade de Nova York, onde foram encontradas gestantes com sífilis com idade 20 a 29 anos, negras, baixa renda, 30% não realizaram pré-natal ou teste rápido de sífilis, no entanto, apenas 11,8% dos casos evoluíram para sífilis congênita, de-

monstrando a eficiência de um pré-natal adequado²⁶.

No estado de Goiás, a maioria das gestantes foram diagnosticadas no segundo trimestre e classificadas como sífilis primária e houve tendência crescente nas notificações de sífilis latente, secundária e terciária²⁷. Este cenário não é realidade apenas do Brasil, uma vez que diversos países têm alta incidência de sífilis, tanto gestacional quanto congênita, como Japão²⁸, Estados Unidos²⁹ e Polônia³⁰. Neste cenário, é relevante que políticas públicas de prevenção e diagnóstico precoce sejam implementadas, evitando assim, tendência de aumento dos casos ao longo dos anos.

No aspecto fatores associados aos casos de sífilis gestacional, a sífilis durante a gravidez no Brasil foi associada estatisticamente entre mulheres jovens, não brancas, menos de oito anos de estudo, baixa renda e a não realização de teste de HIV e sífilis. Embora muitas mulheres tenham acesso ao pré-natal e a quantidade mínima de consultas recomendada, isso não garante a realização dos testes³¹.

Corroborando com estes dados, o estudo “Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados” evidenciou 7351 puérperas com prevalência de não realização de sorologia para sífilis. Mães de cor preta, baixas renda familiar e escolaridade e poucas consultas apresentaram maior razão de prevalência à não realização desse exame³². O estudo “Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle” confirmou como aspectos determinantes para a sífilis gestacional nível de escolaridade fundamental incompleto ou analfabeta, máximo três consultas de pré-natal, histórico prévio de infecção sexualmente transmissível, múltiplas gestações, múltiplos parceiros sexuais no último ano³³.

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, de 353 gestantes com sífilis, os fatores associados à infecção foram idade materna, baixo nível de instrução, início tardio e quantidade de consultas do pré-natal e não realização do teste não treponêmico no primeiro trimestre³⁴. No Sul do Brasil, dos 306 casos de sífilis gestacional notificados, houve associação com raça/cor não branca, baixa escolaridade e ausência

de pré-natal³⁵. Ademais, na Bahia, a cobertura de pré-natal obteve associação estatisticamente significativa com taxa de incidência de sífilis gestacional³⁶. Da mesma forma que a melhoria da cobertura de saúde da família impacta na incidência de sífilis gestacional, a taxa de realização de testes rápidos aumenta considerando mil nascidos vivos, a taxa de diagnóstico de sífilis materna aumenta em média 0,02 casos por mil nascidos vivos ($p < 0,001$)³⁷.

O estudo “Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise à luz da teoria social ecológica” descreveu associação estatística entre escolaridade, classificação clínica e idade gestacional³⁸. Outros fatores de risco para a sífilis gestacional consistem em baixa condição socioeconômica, baixa quantidade de consultas, faixa etária jovem, raça/cor parda e tratamento da paciente e do parceiro inadequados³⁹.

Além disso, estudo com dados de seis unidades federativas no Brasil confirmou 18.310 casos de sífilis gestacional e as variáveis idade, anos de escolaridade, raça/cor, resultado VDRL, resultado treponêmico, classificação clínica, tratamento prescrito e tratamento adequado apresentaram associação estatística ($p < 0,001$) com sífilis gestacional⁴⁰.

Por fim, em Goiás, dos 7.679 casos de sífilis gestacional diagnosticadas, houve tendência crescente no diagnóstico da doença ao longo dos anos⁴¹. Neste mesmo Estado, outro estudo destacou que houve aumento de três a quatro vezes na taxa de detecção no período de estudo⁴². A realidade no Ceará mostra-se semelhante com o estado de Goiás com aumento na tendência de detecção da sífilis gestacional entre 2015 e 2021, devido a mudança na definição de casos e diminuição da velocidade de elevação após o período de pandemia de COVID-19⁴³.

Um fato importante a ser citado, são as subnotificações dos casos de sífilis gestacional. No Espírito Santo, das 6.563 gestantes com sífilis, houve classificação como alta ocorrência dos desfechos negativos (aborto, feto natimorto ou morte perinatal) e alta proporção de sífilis congênita e baixa proporção em gestantes, o que sugere subnotificação⁴⁴. Profissionais de saúde apresentam dificuldade em tratar sobre os as-

suntos subjetivos referente a sexualidade, além de problemas estruturais e organizacionais nas unidades, falha na continuidade do atendimento que resultam em pré-natal inadequado e limita o acesso das gestantes a prevenção da sífilis⁴⁵.

No Mato Grosso do Sul, foram apresentadas altas taxas de incidência para sífilis gestacional e expressivo número de subnotificações⁴⁶. Os resultados de outro estudo no Distrito Sanitá-

rio Especial Indígena de Mato Grosso do Sul apontam que fatores como tempo de retorno do teste de triagem pré-natal, estrutura física da unidade de saúde, capacitação para os profissionais atuarem em contexto intercultural e a capacitação do agente indígena de saúde para abordar sobre sífilis em gestante são considerados inadequados, levando a altas taxas de incidência nessa população⁴⁷.

CONCLUSÃO

Esta revisão revelou que a maioria dos estudos indicou que as gestantes com sífilis tinham entre 20 a 29 anos, raça/cor não brancas, baixo nível de escolaridade, baixa renda e sem trabalho remunerado. Ademais, as gestantes tiveram poucas consultas de pré-natal, receberam o diagnóstico da doença tardiamente, o tratamento foi inadequado e não realizado em seus parceiros. As principais variáveis que apresentaram associação estatística aos casos de sífilis gestacional foram raça/cor não branca, baixas escolaridade e renda, idade menor de 20 anos, ausência de trabalho formal, viver sem companheiro, número de parceiros sexuais, uso de álcool e tabaco, ser múltipara, menos de seis consultas de pré-natal, não realização de pré-natal, classificação clínica primária, não realização do teste não treponêmico no primeiro trimestre, título do primeiro e último VDRL $\geq 1:8$ e tratamento inadequado.

As evidências identificadas neste estudo demonstram a importância do acolhimento, capacitação precoce e fortalecimento de vínculo com a gestante na unidade de saúde, a fim de realizar um pré-natal adequado, bem como, a realização do pré-natal do parceiro, demonstrando igualmente o protagonismo deste na gestação, garantindo assim um tratamento apropriado ao

casal. O planejamento familiar pode ser inserido como uma estratégia para redução dos casos, onde o casal é diagnosticado e tratado antes da concepção. Não obstante, é necessário colocar em prática as propostas recomendadas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito à capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde, educação em saúde para sociedade de modo geral e disponibilização de testes rápidos às populações mais vulneráveis, além outras estratégias para prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle da doença.

A limitação deste estudo está relacionada ao período temporal dos artigos encontrados, no entanto tem como potencialidade o encontro das principais características do perfil e dos fatores associados aos casos de sífilis.

Desta forma, ao conhecer o perfil e os fatores associados aos casos de sífilis gestacional, é possível realizar o planejamento das ações a serem desenvolvidas enfatizando o público com maior vulnerabilidade. Dessa forma, a incidência da doença tanto forma materna como na congênita será reduzida, além de auxiliar com a economia na saúde, uma vez que a sífilis nas classes secundárias, terciárias e congênita aumentam significativamente os gastos públicos em saúde.

Declaração do autor CREdiT

Conceituação: Vilela, RMLS; Benevenuto, VCF. Metodologia: Vilela, RMLS; Benevenuto, VCF. Validação: Vilela, RMLS. Análise estatística: Vilela, RMLS; Santos, DAS; Corrêa, CRA. Análise formal: Vilela, RMLS. Investigação: Vilela, RMLS. Recursos: Vilela, RMLS. Preparação do rascunho original: Vilela, RMLS. Revisão e edição: Vilela, RMLS; Santos, DAS; Corrêa, CRA. Visualização: Vilela, RMLS. Supervisão: Vilela, RMLS; Santos, DAS. Administração do projeto: Vilela, RMLS; Santos, DAS.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021, 1.128 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2022, 215 p.
3. Brasil. Nota Informativa nº2-SEI/2017 - DIAH/SVS/MS2017. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Diário oficial da união. De outubro de 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-informativa-no-02-sei-2017-diahv-svs-ms/>
4. WHO. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: World Health Organization; 2021, 52 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde e ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Boletim Epidemiológico Especial. Brasília: Ministério da Saúde; 2023, 56 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2022a, 215 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013; 320 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b, 73p.
9. Brasil. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga e Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Diário Oficial da União. De fevereiro de 2006. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
10. Brasil. Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011. Cria a Rede Cegonha com vistas a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Diário Oficial da União. De junho de 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 29(372). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
12. Whittemore R. Analysis of integration in nursing science and practice. Journal of Nursing Scholarship, [Internet]. 2005 [acessado em 28 de janeiro 2023]; 37:261–267. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2005.00045.x>
13. Sousa RJA, Maíra AVR, Martins NVN, Maíra LSR. Gestational syphilis in the low amazon mesoregion, Brazil, 2008 – 2018. Archivos de Medicina [Internet]. 2021 [acessado em 24 de janeiro 2023]; 21(1):67-76. Disponível em: <https://revistas.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3783/6535>
14. Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. Rev. Panam Salud Publica [Internet] 2016; acessado em 20 de janeiro 2023; 40(6):435–442. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33663/v40n6a07-435-42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPR. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiol. Serv. Saúde, [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 30(4):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/C9HNFpTnZV4DjHJpkkwtGP/?format=pdf&lang=pt>
16. Costa AP, Maia JTS, Galisa SLG, Almeida RMS, Almeida JLS. Perfil epidemiológico dos casos de Sífilis Gestacional na Paraíba, Brasil. Research, Society and Development [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 10(9):1-12. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18020/16088>
17. Fernandes JFV, Pires RCR, Cantanhede AM, Cordeiro EES. Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018. Recis [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 15(2):362-378. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reiciis/article/view/2182/2438>
18. Sobrero H, Mattos MJ, González Y, Moraes, M. Prevalência de sífilis gestacional y congênita en una maternidad pública de Montevideo, Uruguay, en los años 2018 y 2019. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2023 [acessado em 25 de janeiro 2023]; 40(4):342-346. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v40n4/0716-1018-rci-40-04-0342.pdf>
19. Soares MA, Aquino R. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2021b [acessado em 20 de janeiro 2023]; 30(4):1-11. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2021.v30n4/e20201148/pt>
20. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde coletiva [Internet]. 2018 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 23(2):563–74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vj48x4jCTfP3jsRvgwrbBfd/?format=pdf&lang=pt>
21. Monteiro PS, Evangelista FF. Sífilis gestacional e congênita no estado do Paraná de 2017 a 2021: estudo transversal. Saúde e Pesquisa [Internet]. 2023 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 16(4):1-15. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11264/7484>
22. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 26(2):255–263. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/gkFYpgvXgSzzg9FhTHYmGgh/?format=pdf&lang=pt>
23. Moraes ARB, Almeida ABG, Azevedo BLS, Freitas GM, Menezes MLB, et al. Epidemiological profile of gestational syphilis and congenital syphilis in a reference center in Northeast Brazil: risk factors and trend from 2019 to 2021. Brazilian journal of sexually

- transmitted diseases [Internet]. 2023 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 35(2):1-7. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/1304/1417>
24. Domingues RMSM, Leal MC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouzé B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. *Cadernos de saúde pública* [internet]. 2017 [acessado em 25 de janeiro de 2023]; 33(11):1-15. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tCx58cqXWpt8VxDPVNFTYpN/?lang=en>
25. Lafetá KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba, LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol.*, [Internet]. 2016 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 19(1):63-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dD66wTDCqQRXG3tzt6PqDYx/?format=pdf&lang=pt>
26. Slutsker JS, Hennessy RR, Schillinger JA. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases New York City, 2010–2016. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 2018 [acessado em 29 de janeiro 2023]; 67(39):1088-1093. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6171893/pdf/mm6739a3.pdf>
27. Oliveira IM, Oliveira RPB, Alves RRF. Diagnosis, treatment, and notification of syphilis during pregnancy in the state of Goiás, Brazil, between 2007 and 2017. *Revista de saúde pública* [Internet]. 2021 [acessado em 24 de janeiro 2023]; 55(68):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003122>
28. Sugishita Y, Kayebeta A, Soejima K, Yauchi M. Rapid increase of syphilis in Tokyo: an analysis of infectious disease surveillance data from 2007 to 2016. *Western Pacific Surveillance and Response journal* [Internet]. 2019 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 10(1):2006-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6507126/pdf/wpsar.2019.10.1-006.pdf>
29. Stafford IA, Berra A, Minard CG, Fontenot G, Kopkin RH, et al. Challenges in the Contemporary Management of Syphilis among Pregnant Women in New Orleans, LA. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 [acessado em 24 de janeiro 2023]; 20:1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393911/pdf/IDOG2019-2613962.pdf>
30. Gerwen OTV, Muzny CA, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections and female reproductive health. *Nature* [Internet]. 2022 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 7:116-1126. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41564-022-01177-x>
31. Freitas CHSM, Forte FDS, Roncalli AG, Galvão MHR, Coelho AA, et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 53(76):1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6752686/pdf/1518-8787-rsp-53-76.pdf>
32. Cesar JA, Camerini AV, Paulitsch RG, Terlan RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2020 [acessado em 21 de janeiro 2023]; 23(e200012):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/N8QrQQkfYFxbNtdwnTwsYJS/?format=pdf&lang=pt>
33. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romanguera LMD, Caires SFF, et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Revista de Saúde pública* [Internet]. 2017 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 4(1):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NQhm4fVf7cqDnvDMGQpmGsD/?format=pdf&lang=pt>
34. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 24(4):681-694. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/8f3Qgdr6QwNR37YPGM4TTyM/?format=pdf&lang=pt>
35. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [acessado em 25 de janeiro 2023]; 26:1-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/?format=pdf&lang=pt>
36. Soares MA, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021a [acessado em 26 de janeiro 2023]; 37(7):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RbhXfcYgCbCjF3DYNL3L39Fp/?format=pdf&lang=pt>
37. Roncalli AG, Rosendo TMSS, Santos MM, Lopes AKB, Lima KC. Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. *Revista de saúde pública* [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 55(94):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003264>
38. Moura JRA, Bezerra RA, Oriá MOB, Vieira NFC, Fialho AVM, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise à luz da teoria social ecológica. *Revista da escola de enfermagem da USP* [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 55(e20200271):1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FWkxtsJnbJdSNkKTjCzgnXr/?format=pdf&lang=pt>
39. Silva HKA, Rocha MA, Rebouças ES, Santos RV, Soares SCR, et al. Fatores de risco associados à persistência da sífilis gestacional: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 11(6):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29203>
40. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2017 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 41:1-8. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33998>
41. Nunes PS, Guimarães RA, Rosado LEP, Marinho TA, Aquino EC, Turchi MD. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2021 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 30(1):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/qB3yZpDbSchTBxjDskGqBsv/?format=pdf&lang=pt>
42. Nunes OS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacurú PAP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 27(4):1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/pDsCx59CsDrpznSN8jF89Qx/?format=pdf&lang=pt>
43. Rocha FC, Araújo MAL, Almeida RLF, Rocha AFB, Canto SVE, et al. Análise da tendência nas taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita no Ceará no período de 2015 a 2021. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2023 [acessado em 27 de janeiro 2023]; 26(e230052):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230052.2>
44. Soares KKS, Prado TN, Zandonade E, Silva SFM, Miranda AE. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 29(1):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/43Hgw5yNLn8yf3HGcSBRSCS/?format=pdf&lang=pt>
45. Guanabara MAO, Araújo MAL, Matsue RY, Barros VL, Oliveira FA. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e

- controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Revista Salud Pública* [Internet]. 2017 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 19(1):73-78. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295>
46. Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SVB, Cunha RV, Arantes R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 26(3):503-512. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/mhLxqKtTj6MKVn5NKR69Ljp/?format=pdf&lang=pt>
47. Picoli RP, Cazola LHO. Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis ofertadas à população indígena. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2020 [acessado em 20 de janeiro 2023]; 25(e69552):1-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.69552>

Recebido: 20 março 2024.
Aceito: 07 agosto 2024.
Publicado: 19 agosto 2024.