



**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**ALICE COELHO ANÍCIO PEREIRA
ANA CAROLLINA BRAGANÇA DE BARROS MOTTA
HENRIQUE CÂMARA DE MAGALHÃES**

**TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES NA CIDADE DE
IPATINGA: desafios na adesão**

**IPATINGA
2023**

Alice Coelho Anício Pereira
Ana Carollina Bragança de Barros Motta
Henrique Câmara de Magalhães

**TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES NA CIDADE DE
IPATINGA: desafios na adesão**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a UNIVAÇO - União Educacional do Vale do Aço S.A, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.^a orientadora: Ana Carolina Vale Campos Lisbôa, PhD
Coorientadora: Carmelinda Lobato de Souza, Dr.^a

**IPATINGA
2023**

TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES NA CIDADE DE IPATINGA: desafios na adesão

Alice Coelho Anício Pereira¹; Ana Carollina Bragança de Barros Motta¹, Henrique Câmara de Magalhães¹; Carmelinda Lobato de Souza²; **Ana Carolina Vale Campos Lisbôa³**

1. Acadêmicos do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Infectologista do Hospital Municipal Eliane Martins, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientadora do TCC.
3. Docente do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

Resumo

Introdução: a sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O contato sexual é a sua principal via de transmissão, seguido pela transmissão vertical de mãe para o feto, que ocorre nos casos não tratados ou que receberam tratamento inadequado. **Objetivo:** avaliar as principais causas do manejo inadequado de sífilis nas gestantes na cidade de Ipatinga/MG, entre os anos de 2019 e 2021. **Método:** estudo descritivo do tipo transversal, realizado com profissionais da área da saúde pública que atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bethânia 1, da cidade de Ipatinga, Minas Gerais e análise do perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes. O critério de inclusão foi trabalhar na equipe de saúde e os critérios de exclusão foram não atuar na atenção ao pré-natal e trabalhar há menos de um mês na Unidade de Saúde. O tamanho amostral é de 59 profissionais da UBS em questão e as gestantes diagnosticadas com sífilis no período de 2019 a 2021 em Ipatinga/MG. Os dados foram coletados por meio de um questionário aplicado aos profissionais de saúde que laboram na UBS e dados disponíveis no DATASUS. **Resultados:** ao todo, 21 profissionais participaram do estudo, a maioria trabalha na atenção ao pré-natal e realizam as funções designadas a cada profissão, majoritariamente. O rastreamento da sífilis foi realizado, nas três fases da gestação, pela maioria dos participantes e o maior problema encontrado no tratamento foi a falha na adesão do parceiro. O tratamento foi falho em alguns casos e não houve tratamento de parceiros. No período analisado, a cidade de Ipatinga teve 482 casos notificados de sífilis em gestantes, sendo que, 37 casos na UBS do Bethânia I. As mulheres de Ipatinga, em sua maioria, eram pardas, com escolaridade completa até o ensino médio, diagnosticadas no terceiro trimestre de gestação e durante o estágio primário da doença. **Conclusão:** o tratamento adequado da sífilis em gestantes na cidade de Ipatinga/MG carece de um melhor preparo na atuação dos profissionais da saúde, para que se amplie mais informação sobre a doença para a população, melhore a identificação de novos casos e resulte em mais qualidade no acompanhamento de grávidas em pré-natal.

Palavras-chave: Sífilis. Infecções por *Treponema*. Sífilis Congênita. Sorodiagnóstico da Sífilis.

Introdução

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto, de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente (TRAJANO *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, cerca de 50 mil novos casos de sífilis em gestantes e 12 mil casos de sífilis congênita (SESMG, 2020).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2022), ao longo da série histórica (2011-2021), as taxas de detecção de sífilis adquirida apresentaram crescimento contínuo até 2018 e estabilidade em 2019. Em 2020, o impacto da pandemia por covid-19 contribuiu para o declínio da taxa de detecção de sífilis. No entanto, em 2021, a taxa de detecção de sífilis adquirida retornou a patamares pré-pandemia. A detecção da gestante com sífilis vem mantendo tendência crescente, porém com menor velocidade nos últimos quatro anos. A taxa de incidência de sífilis congênita cresceu até 2018. Nota-se declínio entre 2018 e 2020, porém, ocorreu elevação entre 2020 e 2021.

Os sinais e sintomas da sífilis variam de acordo com o estágio da doença, que se divide em: sífilis latente, fase assintomática cuja duração é variável, sífilis primária, que se manifesta com úlcera, geralmente única, no local de entrada da bactéria, que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio, sífilis secundária, com sinais e sintomas que surgem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial: lesões cutâneas mucosas, geralmente não pruriginosas, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés; febre, mal-estar, cefaleia e linfonodomegalias difusas e sífilis terciária, que pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção, gerando lesões cutâneas (sífilis gomatoza), ósseas, cardiovasculares (sífilis cardiovascular), neurosífilis e ataxia locomotora (tabes dorsal). Podem ocorrer manifestações oculares em qualquer fase da doença (BRASIL, 2020).

A sífilis congênita, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2020), pode causar complicações como nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, pneumonia, anemia, surdez, cegueira, má-formação e até acometimento cerebral.

É importante que a gestante seja testada pelo menos em 3 momentos: (1º) no primeiro trimestre de gestação; (2º) no terceiro trimestre de gestação; e (3º) no momento do parto ou em casos de aborto (SESMG, 2023).

Para o diagnóstico os testes imunológicos são os mais utilizados na prática clínica. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos. O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente (GASPAR *et al.*, 2021).

O tratamento da sífilis é feito, de preferência, com a Penicilina G benzatina (2,4 milhões de unidades), no glúteo, para sífilis primária, secundária e latente precoce, sendo que utilizam dose única do antibiótico. Já a sífilis latente tardia, terciária e cardiovascular são uma dose por semana, por três semanas. Para o parceiro, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis, recomenda-se oferta de tratamento presuntivo. Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico. A avaliação e o tratamento das parcerias sexuais são cruciais para interromper a cadeia de transmissão da infecção (BRASIL, 2022).

O seguimento é realizado com teste não treponêmico mensal para as gestantes e trimestral nos não gestantes. A resposta imunológica adequada ocorre quando o teste é não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia (MORRIS, 2020).

A reflexão acerca da reemergência da sífilis no Brasil desafia os profissionais de saúde, que devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, tratar adequadamente, conhecer os testes diagnósticos disponíveis e, principalmente, saber interpretar os resultados, inclusive no controle após o tratamento até a alta por cura.

Acredita-se que o aumento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita está diretamente relacionado à falta de atenção ao manejo clínico adequado desempenhado pela equipe de saúde. Desta forma, identificar a ocorrência dessas falhas pode fornecer instrumentos objetivos para que a equipe de Vigilância Epidemiológica realize capacitações e estabeleça protocolos exequíveis que resultem em melhora desse cenário epidemiológico para a sífilis.

Além disso, a pandemia do vírus SARS-CoV-2 (Covid-19) impôs situações que afetaram diretamente as ações realizadas nos serviços de atenção primária a saúde, especialmente na assistência pré-natal, puericultura e do tratamento das mulheres grávidas infectadas e seus parceiros, com a possível elevação do absenteísmo dessas populações específicas (DOMINGUES; SADECK; BENTLIN, 2020).

Destaca-se, portanto, a importância da realização desse projeto de pesquisa para embasar melhor as estratégias de combate à sífilis, objetivando avaliar as principais causas do manejo inadequado de sífilis nas gestantes, no cenário da saúde pública do município de Ipatinga.

Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, realizado com profissionais da área da saúde pública. O estudo foi realizado na cidade de Ipatinga no período de Janeiro/2022 a Fevereiro/2022 e considera como população: médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde que atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bethânia 1, da cidade de Ipatinga, Minas Gerais. Além disso, também possui como população, As gestantes com sífilis no período de 2019-2021. Desta forma a amostra desse estudo é mista, composta por profissionais de saúde e mulheres com sífilis na gravidez. O critério de inclusão para os profissionais de saúde foi trabalhar na equipe de saúde da UBS Bethânia 1 e os critérios de exclusão foram não atuar na atenção ao pré-natal e trabalhar há menos de um mês na Unidade de Saúde. Foram incluídas todas as gestantes com sífilis diagnosticada nos anos 2019 a 2021, residentes no bairro Bethânia 1, na cidade de Ipatinga, Minas Gerais, registradas no TABNET do DATASUS.

O tamanho amostral referente aos profissionais de saúde foi a população relatada de 59 participantes que trabalham na UBS no bairro Bethânia (UBS Bethânia I), sendo essa a região com maior histórico de incidência de sífilis na gestação em Ipatinga. E o tamanho amostral referente aos casos notificados de sífilis em gestantes, no período de 2019 a 2021 na cidade de Ipatinga, foi de 482 participantes, conforme avaliado no DATASUS.

O método de coleta de dados referente aos profissionais de saúde foi por meio de um formulário via plataforma GoogleForms (Apêndices 1 e 2), aplicado aos profissionais enquanto trabalhavam na UBS. Eles concordaram em ter seus números

de contato repassados aos pesquisadores e apenas após o aceite, via registro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), tiveram acesso ao instrumento de coleta de dados. A análise estatística utilizada foi descritiva.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o número CAAE: 51774621.5.0000.5095. Além disso, no Quadro 1 encontra-se uma lista das revistas científicas utilizadas no artigo com suas respectivas classificações.

Resultados

Desafios do tratamento de sífilis em gestantes enfrentados pelos profissionais da saúde

Dos vinte e um profissionais entrevistados, três eram médicos, quatro eram enfermeiros e quatorze eram agentes comunitários de saúde (ACS). Todos os médicos e enfermeiros e oito ACS alegaram trabalhar na atenção ao pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1: profissão desempenhada pelos profissionais entrevistados e atuação no pré-natal.

Variáveis	N	(%)
Profissionais	21	100%
Médicos	3	14,3%
Enfermeiros	4	19,0%
Agentes Comunitários	14	66,7%
Trabalham na atenção ao pré-natal	15	71,4%
Médicos	3	20,0%
Enfermeiros	4	26,7%
Agentes Comunitários	8	53,3%

Fonte: os autores (2023).

Quando questionados acerca do cartão da gestante, os profissionais declararam que as gestantes sempre levam o cartão (90,5%), registram sempre as informações coletadas durante o atendimento (81%) e sempre verificam o registro das informações das consultas anteriores (61,9%) (Tabela 2).

Sobre as funções desempenhadas pelos ACS na atenção ao pré-natal, as principais foram orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas (92,9%), orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação (85,7%), realizar

visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde e identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário (78,6%). Nenhum ACS referiu encaminhar toda gestante ao serviço de saúde e monitorar as consultas subsequentes (Tabela 3).

Dentre as funções desempenhadas pelos enfermeiros, todos apontaram orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a), solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal, realizar testes rápidos, prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal, orientar a vacinação das gestantes, orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade e orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas (Tabela 4).

Todos os médicos (n=3) apontaram realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a), solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário, orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade, identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência e realizar testes rápidos. Apenas 2 médicos (66,7%) relataram orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas. Nenhum profissional (0%) da área médica realizou o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornece o Cartão da Gestante devidamente preenchido (Tabela 5).

Tabela 2: informações sobre o cartão da gestante.

Variáveis	N	%
Gestantes sempre levam o cartão	19	90,5
Registram sempre as informações coletadas durante o atendimento	17	81,0
Verificam o registro das informações das consultas anteriores		
Sempre	13	61,9%
Na maioria das vezes	5	23,8%
Às vezes	1	4,8%
Poucas vezes	0	
Nunca	2	9,5%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 3: funções desempenhadas pelos ACS na atenção ao pré-natal.

Variáveis	N	%
Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas	13	92,9%
Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação	12	85,7%
Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde	11	78,6%
Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário	11	78,6%
Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante	4	28,6%
Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde e monitorar as consultas subsequentes	0	

Fonte: os autores (2023).

Tabela 4: funções desempenhadas pelos enfermeiros na atenção ao pré-natal.

Variáveis	N	%
Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação	4	100%
Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido	4	100%
Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a)	4	100%
Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal	4	100%
Realizar testes rápidos	4	100%
Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal	4	100%
Orientar a vacinação das gestantes	4	100%
Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade	4	100%
Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas	4	100%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 5: funções desempenhadas pelos médicos na atenção ao pré-natal.

Variáveis	N	%
Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a)	3	100%
Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário	3	100%
Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade	3	100%
Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência	3	100%
Realizar testes rápidos	3	100%
Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas	2	66,7%
Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido.	0	

Fonte: os autores (2023).

A maioria dos ACS (n=9) não realiza triagem para sífilis em gestantes, enquanto todos os médicos e três enfermeiros realizam nas três fases da gestação.

Nove ACS e todos os médicos e enfermeiros já realizaram manejo de gestante com sífilis (Tabela 6). Os ACS, predominantemente, realiza, busca ativa das gestantes com sífilis (n=6) e os enfermeiros, majoritariamente, encaminham gestantes com sífilis aos médicos (n=4) (Tabela 7).

Tabela 6: fases da gestação em que os profissionais realizam triagem para sífilis e manejo de gestante com sífilis.

Variáveis	ACS (n=14)	Enfermeiros (n=4)	Médicos (n=3)
Fases da gestação que realiza triagem para sífilis			
Nas três fases	0	3	3
Na 1ª fase	5	1	0
Não realiza	9	0	0
Já realizou manejo de gestantes com sífilis	9	4	3

Fonte: os autores (2023).

Tabela 7: funções desempenhadas pelos profissionais não médicos no manejo da gestante com sífilis.

Variáveis	ACS (n=14)	Enfermeiros (n=4)
Realizou busca ativa da gestante	6	1
Encaminhar ao médico	1	4
Acompanhar o tratamento ADM medicação e registro no cartão da gestante e notificação	0	1
Prescrição do tratamento	0	0

Fonte: os autores (2023).

No que concerne à adesão ao tratamento, doze dos dezoito profissionais não médicos inferiram que a gestante realiza o tratamento na maioria das vezes e apenas metade refere adesão por parte do parceiro (Figura 1). Os maiores problemas encontrados como dificuldade no tratamento correto foi no não tratamento do parceiro (61,9%), seguido da não adesão ao tratamento por parte da gestante (42,9%) (Tabela 8).

Figura 1: adesão ao tratamento por parte da gestante e do parceiro identificados pelos profissionais não médicos.



Fonte: os autores (2023).

Tabela 8: dificuldades encontradas pelos profissionais entrevistados na falha do tratamento adequado da sífilis em gestantes.

Variáveis	N	(%)
Não tratamento do parceiro	13	61,9%
Não adesão ao tratamento por parte da gestante	9	42,9%
Pouca instrução da paciente	6	28,6%
Não retorno da gestante	5	23,8%
Pouca orientação à paciente	2	9,5%
Medo de tomar injeção	1	4,8%

Fonte: os autores (2023).

No espaço aberto para dificuldades e sugestões pessoais e coletivas, um profissional da enfermagem relatou resistência no uso de métodos de prevenção por parte dos parceiros de gestantes infectadas e adesão ao tratamento dos mesmos como o principal problema no tratamento de sífilis em gestantes.

Dentre os testes não treponêmicos, o exame VDRL é o de escolha de todos os médicos. Dentre os testes treponêmicos, um referiu solicitar o teste rápido (imunocromatográfico) e dois referiram solicitar o FTA-Abs.

Todos os médicos relataram que a gestante adere ao tratamento na maioria das vezes.

Sobre o esquema de tratamento da sífilis primária e secundária, um médico referiu tratar a gestante com penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI e dois optaram pelo tratamento da gestante com penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), sendo a dose única escolhida para o tratamento do parceiro por todos os médicos nesses estágios da doença. Na sífilis terciária, dois referiram tratar com o esquema de 3 semanas e um com o esquema de dose única. Na sífilis latente, dois entrevistados referiram tratar com o esquema de dose total de 7,2 milhões e um entrevistado referiu tratar com o mesmo esquema ou com o esquema de dose única.

Para todos os médicos, a maior dificuldade encontrada na não adesão ao tratamento por parte do parceiro é o não comparecimento após ser convocada a unidade de saúde, seguido da recusa ao tratamento (n=2).

Casos de sífilis em gestantes em Ipatinga (2019-2021)

Entre os anos de 2019-2021, a cidade de Ipatinga-MG registrou 482 casos de sífilis em gestantes de acordo com o tabulador de informações de saúde (TABNET, 2021), ferramenta da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Dentre as dezenas de Unidades Básicas de Saúde pertencentes à cidade de Ipatinga, a UBS do bairro Bethânia (UBS Bethânia-I) apresentou um destaque significativo no número de casos, tendo sido notificados 37 casos diagnosticados de sífilis em gestantes no território, durante os mesmos anos citados anteriormente. O presente estudo analisou as características mais relevantes dessas mulheres, com o intuito de comparar a população da UBS Bethânia 1 com a população de Ipatinga.

Ao analisar as características sociodemográficas dessas gestantes durante os anos de 2019-2021 observou que a faixa etária (Tabelas 9 e 10) entre 20 e 29 anos de idade apresentou maior incidência: 280 (58,1%) em Ipatinga e 24 (64,9%) na UBS Bethânia-I. Em relação à etnia (Tabelas 11 e 12), a raça/cor parda foi declarada por 316 (65,6%) mulheres gestantes em Ipatinga e por 29 (78,4%) na UBS Bethânia-I. A escolaridade (Tabelas 13 e 14) foi outro tópico abordado e o resultado também foi bem semelhante em ambos os grupos, já que 220 (45,6%) e 16 (43,2%) das gestantes em Ipatinga e na UBS Bethânia-I, respectivamente, relataram possuir o ensino médio completo quando foram diagnosticadas com sífilis.

Tabela 9: faixa etária das gestantes diagnosticadas com sífilis em Ipatinga.

Ano/Idade	2019		2020		2021		TOTAL	
10 a 14	5	3,8%	1	0,7%	3	1,4%	9	1,9%
15 a 19	30	22,9%	32	23,2%	35	16,4%	97	20,1%
20 a 29	73	55,7%	75	54,3%	132	62,0%	280	58,1%
30 a 39	22	16,8%	28	20,3%	42	19,7%	92	19,1%
40 a 49	1	0,8%	2	1,4%	1	0,5%	4	0,8%
Total	131	27,2%	138	28,6%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 10: faixa etária das gestantes diagnosticadas com sífilis na UBS Bethânia I.

Ano/Idade	2019		2020		2021		TOTAL	
10 a 14	0		0		0		0	
15 a 19	3	23,1%	3	33,3%	2	13,3%	8	21,6%
20 a 29	8	61,5%	6	66,7%	10	66,7%	24	64,9%
30 a 39	2	15,4%	0		3	20,0%	5	13,5%
40 a 49	0		0		0		0	
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 11: etnia das gestantes diagnosticadas com sífilis em Ipatinga.

Ano/Etnia	2019		2020		2021		TOTAL	
Parda	82	62,6%	90	65,2%	144	67,6%	316	65,6%
Preta	27	20,6%	19	13,8%	22	10,3%	68	14,1%
Branca	21	16,0%	27	19,6%	44	20,7%	92	19,1%
Indígena	0		0		1	0,5%	1	0,2%
Amarela	1		0		0		1	0,2%
Resposta ignorada	0		2	1,4%	2	0,9%	4	0,8%
Total	131	27,2%	138	28,6%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 12: etnia das gestantes diagnosticadas com sífilis na UBS Bethânia I.

Ano/Etnia	2019		2020		2021		TOTAL	
Parda	11	84,6%	8	88,9%	10	66,7%	29	78,4%
Preta	1	7,7%	1	11,1%	3	20,0%	5	13,5%
Branca	1	7,7%	0		2	13,3%	3	8,1%
Indígena	0		0		0		0	
Amarela	0		0		0		0	
Resposta ignorada	0		0		0		0	
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 13: escolaridade das gestantes diagnosticadas com sífilis em Ipatinga.

Ano/Escolaridade	2019		2020		2021		TOTAL	
Resposta Ignorada	0		6	4,3%	7	3,3%	13	2,7%
Analfabeto	0		0		2	0,9%	2	0,4%
Ens. Fund. Incompleto	56	42,7%	18	13,0%	27	12,7%	101	21,0%
Ens. Fund. Completo	12	9,2%	12	8,7%	27	12,7%	51	10,6%
Ens. Méd. Incompleto	17	13,0%	30	21,7%	33	15,5%	80	16,6%
Ens. Méd. Completo	42	32,1%	67	48,6%	111	52,1%	220	45,6%
Educ. Sup. Incompleta	2	1,5%	1	0,7%	3	1,4%	6	1,2%
Educ. Sup. completa	2	1,5%	4	2,9%	3	1,4%	9	1,9%
Total	131	27,2%	138	28,6%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 14: escolaridade das gestantes diagnosticadas com sífilis na UBS Bethânia I.

Ano/Escolaridade	2019		2020		2021		TOTAL	
Resposta ignorada	0		0		2	13,3%	2	5,4%
Analfabeto	0		0		0		0	
Ens. Fund. Incompleto	4	30,8%	1	11,1%	2	13,3%	7	18,9%
Ens. Fund. Completo	0		2	22,2%	3	20,0%	5	13,5%
Ens. Méd. Incompleto	2	15,4%	2	22,2%	0		4	10,8%
Ens. Méd. Completo	5	38,5%	4	44,4%	7	46,7%	16	43,2%
Educ. Sup. Incompleta	1	7,7%	0		0		1	2,7%
Educ. Sup. Completa	1	7,7%	0		1	6,7%	2	5,4%
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Ao se falar nas características clínicas da doença, observou uma diferença nos resultados das duas populações em relação ao momento da idade gestacional em que o diagnóstico foi realizado (Tabelas 15 e 16). Enquanto na cidade de Ipatinga 195 (40,5%) gestantes foram diagnosticadas no terceiro trimestre, por outro lado, na população da UBS do Bethânia-I, 14 (37,8%), foi diagnosticada ainda no primeiro trimestre.

Tabela 15: idade gestacional em que as gestantes foram diagnosticadas com sífilis em Ipatinga.

Ano/Idade Gestacional	2019		2020		2021		TOTAL	
1º Trimestre	40	30,5%	39	28,26%	67	31,5%	146	30,3%
2º Trimestre	29	22,1%	32	23,19%	48	22,5%	109	22,6%
3º Trimestre	50	38,2%	65	47,10%	80	37,6%	195	40,5%
Idade gestacional Ignorada	12	9,2%	2	1,45%	18	8,5%	32	6,6%
Total	131	27,2%	138	28,63%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 16: idade gestacional em que as gestantes foram diagnosticadas com sífilis na UBS Bethânia-I.

Ano/Idade Gestacional	2019		2020		2021		TOTAL	
1º Trimestre	7	53,8%	1	11,1%	6	40,0%	14	37,8%
2º Trimestre	3	23,1%	4	44,4%	6	40,0%	13	35,1%
3º Trimestre	2	15,4%	4	44,4%	2	13,3%	8	21,6%
Idade gestacional Ignorada	1	7,7%	0		1	6,7%	2	5,4%
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Quanto à classificação clínica da doença (Tabelas 17 e 18), 220 gestantes (45,6%) de Ipatinga e 14 (37,8%) da UBS Bethânia-I foram diagnosticadas na fase de sífilis primária.

Tabela 17: estágio da doença em que as gestantes receberam o diagnóstico em Ipatinga.

Ano/Estágio Sífilis	2019		2020		2021		TOTAL	
Ign/Branco	9	6,9%	30	21,7%	59	27,7%	98	20,3%
Primária	79	60,3%	55	39,9%	86	40,4%	220	45,6%
Secundária	11	8,4%	12	8,7%	13	6,1%	36	7,5%
Terciária	12	9,2%	12	8,7%	12	5,6%	36	7,5%
Latente	20	15,3%	29	21,0%	43	20,2%	92	19,1%
Total	131	27,2%	138	28,6%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 18: estágio da doença em que as gestantes receberam o diagnóstico na UBS Bethânia I.

Ano/Estágio Sifilís	2019		2020		2021		TOTAL	
Ign/Branco	2	15,4%	2	22,2%	6	40,0%	10	27,0%
Primária	7	53,8%	4	44,4%	3	20,0%	14	37,8%
Secundária	1	7,7%	2	22,2%	1	6,7%	4	10,8%
Terciária	1	7,7%	0		1	6,7%	2	5,4%
Latente	2	15,4%	1	11,1%	4	26,7%	7	18,9%
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Por fim, os testes não treponêmicos (TNT) e os testes treponêmicos (TT) foram reativos de forma bem semelhante nas grávidas de ambos os grupos. O TNT (Tabelas 19 e 20) foi reativo em 402 (83,4%) mulheres do grupo de Ipatinga e em 31 (83,8%) do outro grupo, enquanto o TT (Tabelas 21 e 22) foi reativo em 357 (74,1%) gestantes de Ipatinga e 27 (73,0%) no grupo da UBS Bethânia-I.

Tabela 19: perfil de realização de diagnóstico com testes não treponêmicos em Ipatinga.

Ano/Teste não treponêmico	2019		2020		2021		TOTAL	
Ign/Branco	2	1,5%	7	5,1%	19	8,9%	28	5,8%
REATIVO	113	86,3%	110	79,7%	179	84,0%	402	83,4%
NÃO REATIVO	0		2	1,4%	1	0,5%	3	0,6%
NÃO REALIZADO	16	12,2%	19	13,8%	14	6,6%	49	10,2%
Total	131	27,2%	138	28,6%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 20: perfil de realização de diagnóstico com testes não treponêmicos na UBS Bethânia I.

Ano/Teste não treponêmico	2019		2020		2021		TOTAL	
Ign/Branco	0		0		2	13,3%	2	5,4%
REATIVO	12	92,3%	7	77,8%	12	80,0%	31	83,8%
NÃO REATIVO	0		0		0		0	
NÃO REALIZADO	1	7,7%	2	22,2%	1	6,7%	4	10,8%
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 21: perfil de realização de diagnóstico com testes treponêmicos em Ipatinga.

Ano/Teste treponêmico	2019		2020		2021		TOTAL	
Ign/Branco	0		8	5,8%	18	8,5%	26	5,4%
REATIVO	97	74,0%	100	72,5%	160	75,1%	357	74,1%
NÃO REATIVO	4	3,1%	10	7,2%	15	7,0%	29	6,0%
NÃO REALIZADO	30	22,9%	20	14,5%	20	9,4%	70	14,5%
Total	131	27,2%	138	28,6%	213	44,2%	482	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Tabela 22: perfil de realização de diagnóstico com testes treponêmicos na UBS Bethânia I.

Ano/Teste treponêmico	2019		2020		2021		TOTAL	
Ign/Branco	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	1	2,7%
REATIVO	8	61,5%	7	77,8%	12	80,0%	27	73,0%
NÃO REATIVO	0	0,0%	0	0,0%	3	20,0%	3	8,1%
NÃO REALIZADO	5	38,5%	1	11,1%	0	0,0%	6	16,2%
Total	13	35,1%	9	24,3%	15	40,5%	37	100,0%

Fonte: os autores (2023).

Discussão

Os resultados se mostraram divergentes em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde no que tange as funções desempenhadas pelos profissionais da UBS na atenção ao pré-natal. Apenas os enfermeiros referiram realizar todas as atividades previstas no protocolo vigente (BRASIL, 2013). Quando funções como conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante e encaminhar toda gestante ao serviço de saúde e monitorar as consultas subsequentes não são realizadas pelos ACS responsáveis ou quando o médico da equipe não realiza o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornece o Cartão da Gestante devidamente preenchido, a qualidade do pré natal fica prejudicada, visto que tais ações são imprescindíveis para a continuidade do cuidado da gestante.

A despeito da caderneta da gestante, é importante salientar a necessidade do uso dessa ferramenta como forma de registro das informações clínicas da parturiente, envolvendo um resumo do histórico de saúde, da história ginecológica e obstétrica, do exame físico de cada consulta de pré-natal, do resultado dos exames de

rastreamento (Figura 2), das vacinas já realizadas e pendentes, facilitando o atendimento de qualquer profissional que tiver em mãos esse documento devidamente preenchido. Nota-se também, um avanço na popularização do conhecimento da gestante sobre a situação em que se encontra, dos direitos que lhe cabem, dos principais sintomas da gestação, das orientações quanto todo o percurso da fase em que se encontra e de orientações puerperais (BRASIL, 2018). O preenchimento correto desse documento é imperioso para um pré-natal de qualidade, diminuindo o risco de intervenções desnecessárias e de negligência a condições de saúde importantes, como a não realização de rastreamento de sífilis, por exemplo.

Figura 2: espaço da caderneta da gestante para anotação de resultados de exames de rastreio.

Exames	Data	Resultados
ABO-Rh	/ /	
Glicemia em jejum	/ /	
Sífilis (teste rápido)	/ /	
VDRL	/ /	
HIV/Anti-HIV (teste rápido)	/ /	
Hepatite C	/ /	
Hepatite B-HBsAg	/ /	
Hemograma	/ /	
Outros	/ /	
Outros	/ /	
Outros	/ /	

Fonte: BRASIL, 2023 (tabela adaptada).

No que tange a triagem de sífilis na gestação, observou-se incongruência nas fases de solicitação dos exames de rastreio e no tratamento correto da gestante e do parceiro. Sobre a periodicidade dos exames, o preconizado pelo Ministério da Saúde (2022) é que gestantes devem rastrear sífilis na primeira consulta do pré-natal (1º trimestre da gestação), no 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto. Um estudo com gestantes diagnosticadas com sífilis em Guangzhou na China entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016 evidenciou que mulheres com sífilis diagnosticada em idade gestacional tardia tinham maior probabilidade de passar despercebidas pelo sistema de atendimento pré-natal existente (HUIHUI *et al.*, 2023).

A partir de 2015, no Brasil, a recomendação de triagem pré-natal inclui a realização de teste rápido (TR) para iniciar o diagnóstico. Como são testes

treponêmicos (TT), a positividade confirma a presença de infecção (atual ou prévia) e autoriza o tratamento em gestantes sem tratamento anterior. Importante salientar que, mesmo após tratamento correto, não ocorrerá negatização do TR, situação semelhante à dos outros testes treponêmicos, como TPHA ou FTA-Abs. Nas gestantes identificadas com sífilis na gravidez, o acompanhamento com VDRL permite avaliar a resposta terapêutica (GASPAR *et al.*, 2021).

No Brasil, o teste rápido para sífilis é oferecido gratuitamente a toda a população (RAMOS, 2022), mas sua falta de oferta é uma realidade e pode estar contribuindo para a redução do número de diagnósticos na APS e, conseqüentemente, para a diminuição do número de pessoas que deveria estar em tratamento. Estudo realizado no Brasil para verificar a implantação do teste rápido na APS mostrou que 37% não tinha teste rápido na unidade de saúde e 66,6% dos testes estavam vencidos (LOPES *et al.*, 2016).

No que concerne o tratamento da sífilis na gestação, ele deve ser realizado com penicilina, já que não existe evidência de que nenhuma outra droga seja efetiva para o feto. As doses de penicilina recomendadas são definidas a partir do diagnóstico de infecção recente (até um ano de duração) ou tardia. Nas fases primária, secundária e na latência recente, a dose recomendada de penicilina benzatina é de 2.400.000 UI, dividida em duas injeções de 1.200.000 UI em cada um dos glúteos, em uma única tomada. A maioria das gestantes, entretanto, encontra-se assintomática e sem referir história prévia de tratamento, desconhecendo quando teria se infectado. Nessa situação, o diagnóstico é de fase latente indeterminada, devendo ser tratada com 7.200.000 UI, divididas em três aplicações semanais de 2.400.000 UI. Se alguma dose for perdida ou se houver um intervalo de tempo superior a oito dias entre as doses, o regime completo deve ser reiniciado. Na presença de alergia em gestantes, a recomendação clássica é a de dessensibilização e tratamento com penicilina em ambiente hospitalar. Não há evidência, até o momento, de que outra medicação trate o feto intraútero (PAULA *et al.*, 2022). É importante que os médicos estejam sempre atualizados com relação ao tratamento correto da doença, conforme as literaturas com mais elevados níveis de evidência, pois o tratamento incorreto da sífilis pode proporcionar conseqüências graves para mãe e o bebê (SANTOS *et al.* 2021).

Um aspecto muito importante no tratamento da sífilis na gestante é a abordagem adequada da parceria sexual, que deve ser sempre convocada pelo serviço de saúde para orientação, avaliação clínica, coleta de sorologia e tratamento.

Em caso de negativa ou impossibilidade de comparecimento, a receita poderá ser enviada por meio da gestante, na mesma dose, sempre acompanhada de um pedido de comparecimento ao serviço. Como a sífilis pode ser readquirida na mesma gestação após um primeiro tratamento, porque não confere imunidade definitiva, o uso de preservativo deve ser sempre estimulado. A operacionalização dessas ações exige uma postura acolhedora, preparo adequado e processos de trabalho bem definidos nos serviços de saúde, para vencer as barreiras culturais e operacionais encontradas. O tratamento do parceiro pode ser feito com a penicilina nas mesmas doses recomendadas à gestante ou com doxiciclina 100 mg via oral de 12 em 12 horas, por 15 dias na sífilis recente e 30 dias na sífilis tardia, o que for mais conveniente em cada situação (BRASIL, 2022).

Nossas análises mostraram que o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis durante suas gestações na cidade de Ipatinga-MG nos anos entre 2019 e 2021 eram jovens com 20 a 29 anos (58,1%), que se autodeclararam pardas (65,6%) e possuíam no mínimo o ensino médio completo (45,6%). Na comparação destes dados com o perfil das mulheres em acompanhamento do pré-natal pelas equipes da Unidade Básica de Saúde do bairro Bethânia-I, observou que as características sociodemográficas respeitaram o mesmo padrão da cidade de Ipatinga-MG, ou seja, 64,9% tinham idade entre 20 e 29 anos, 65,6% autodeclararam pardas e 43,2% possuíam o ensino médio completo.

O perfil sociodemográfico encontrado em nossas análises da cidade de Ipatinga-MG parece ser justificado por um padrão característico da população brasileira que também foi relatada em outros estudos. Silva *et al* (2020, p.5) ao descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Tocantins, de 2007 a 2015, evidenciou que a maioria das mães se encontravam em idade reprodutiva, possuíam baixa escolaridade, raça/cor da pele parda. Da mesma forma, Lannoy *et al* (2022, p.9) em seu estudo que objetivou descrever a distribuição espacial e temporal da sífilis adquirida, na gravidez e da sífilis congênita nos municípios brasileiros situados na fronteira com outros países, encontrou que as gestantes com sífilis na região de fronteira eram jovens, não brancas e com baixa escolaridade.

Segundo Torres *et al.* (2022), escolaridade, renda e idade materna, falta temporária de medicamentos e infecção pelo HIV associaram-se ao tratamento inadequado da sífilis na gestação, além de atraso ou ausência de pré-natal e

recebimento da 1ª dose de penicilina, falta de exames ou tratamento menos de 30 dias antes do parto, e baixa adesão do parceiro ao tratamento.

O momento do diagnóstico da sífilis em relação com a idade gestacional mostrou uma diferença entre as duas populações analisadas. Na UBS Bethânia-I, a porcentagem maior foi das mães diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação (37,8%), indicando uma provável captação precoce das gestantes para a assistência do pré-natal. Por outro lado, no contexto de Ipatinga, o maior número de mães foi diagnosticado apenas no terceiro trimestre (40,5%). De acordo com os autores Hawkes, Gomez e Broutet (2013), o momento das intervenções de cuidados pré-natal faz a diferença significativa no risco de ter um resultado adversos associado a sífilis, pois as mulheres que receberam atendimento nos dois primeiros trimestres da gravidez apresentam maior probabilidade de ter um filho saudável em comparação com as rastreadas e tratadas no terceiro trimestre.

De acordo com a Secretaria de Saúde de Estado de Minas Gerais em consonância com o Ministério da Saúde, é importante que a gestante seja testada pelo menos em três momentos primeiro trimestre de gestação; terceiro trimestre de gestação; momento do parto ou em casos de abortoll (SESMG, 2023).

O estágio da doença mais diagnosticado entre as gestantes foi a sífilis primária, 45,6% em Ipatinga e 37,8% na UBS Bethânia-I. Essa fase é caracterizada por manifestar uma úlcera de característica endurecida, geralmente indolor, com bordas regulares e fundo liso, sem secreção, conhecida por cancro duro.

O teste não treponêmico foi reativo em quase a totalidade das gestantes, 83,4% no grupo de Ipatinga e 83,8% na UBS Bethânia I. Enquanto o teste treponêmico foi reativo em 74,1% nas grávidas de Ipatinga e 73,0% na UBS. —Em caso de gestante, devido ao risco de transmissão ao feto, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste positivo (reagente), sem precisar aguardar o resultado do segundo testell (BRASIL, 2022).

De acordo com Brandenburger e Ambrosino (2021), os testes treponêmicos detectam anticorpos para *T. pallidum* que permanecem detectáveis após o tratamento bem-sucedido e, portanto, permanecem positivas por toda a vida, dificultando a distinção entre infecções atuais e anteriores, muitas vezes levando ao tratamento excessivo de mulheres com infecções passadas. Para um diagnóstico eficaz, ambos os testes são realizados sequencialmente com o algoritmo tradicional (resultado positivo dos testes não treponêmicos confirmados com um teste

treponêmico) ou com o algoritmo reverso (teste treponêmico positivo, seguido de teste não treponêmico). Portanto, em algumas situações, o perfil de testes treponêmicos positivos não necessariamente reflete em doença ativa, fazendo-se necessário a correta análise desses dados. Questiona-se, por exemplo, se pacientes com cicatriz sorológica são tratadas e notificadas como sífilis ativa, mesmo após já terem realizado o tratamento previamente. Outro ponto é que o correto registro na caderneta da gestante modificaria o plano terapêutico dessa gestante e do recém-nascido, evitando intervenções desnecessárias e exposições a riscos que podem advir de visitas frequentes a UBS ou hospitais, como a COVID-19.

Conclusão

Conclui-se a partir desse estudo que o principal desafio observado no tratamento de sífilis em gestantes na cidade de Ipatinga foi a não adesão ao tratamento de parceiros sexuais.

Considerando que a sífilis congênita é uma doença que pode ser rastreada e prevenida, é imprescindível que seja estimulada e encorajada a adesão do tratamento dos parceiros sexuais das gestantes. A forma mais simples se dá por meio da entrega do receituário do(s) parceiro(s) à gestante com o tratamento correto, segundo as diretrizes do ministério da saúde, além da inclusão da gestante nos programas de assistência ao pré-natal, contribuindo, assim, para a eficácia do tratamento, aumento da probabilidade de sucesso terapêutico, qualidade da assistência a gestante e ao RN, diminuindo o índice de transmissão vertical da sífilis.

Além disso, outras formas de informações e educação podem ser propagadas por meio de comunicação visual, como por exemplo, banners que ilustrem a importância e a forma de tratamento da sífilis gestacional e congênita nas unidades de saúde.

Dessa forma, esse estudo e suas contribuições apresentam-se com o intuito de informar e orientar sobre medidas que podem ser tomadas para minimizar os casos de sífilis congênita e conscientizar os profissionais de saúde e a população acerca da doença e no que concerne o tratamento adequado da patologia.

Agradecimentos/financiamento

Os autores agradecem a contribuição para a realização deste trabalho aos entrevistados (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) da unidade de saúde do Bethânia 1; a participante Waléria Pimenta Cunha Pereira que auxiliou na parte inicial da pesquisa; e a instituição de ensino que viabilizou o estudo. O financiamento foi dos próprios pesquisadores.

SYPHILIS TREATMENT IN PREGNANT WOMEN IN THE CITY OF IPATINGA: challenges in adherence

Alice Coelho Anício Pereira¹; Ana Carollina Bragança de Barros Motta¹,
Henrique Câmara de Magalhães¹; Carmelinda Lobato de Souza²; **Ana Carolina Vale
Campos Lisbôa³**

1. Medical students at UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brazil.
2. Infectious Diseases Specialist at Hospital Municipal Eliane Martins, Ipatinga, Minas Gerais, Brazil. TCC coordinator.
3. Professor of Medicine at UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brazil. TCC advisor.

Abstract

Introduction: syphilis is an infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. Sexual contact is the main route of transmission, followed by vertical transmission from mother to fetus, which occurs in untreated cases or those that received inadequate treatment. **Objective:** to evaluate the main causes of inadequate management of syphilis in pregnant women in the city of Ipatinga/MG, between 2019 and 2021. **Method:** descriptive cross-sectional study, carried out with public health professionals who work at the Basic Health Unit (UBS) of Bethânia 1, in the city of Ipatinga, Minas Gerais and analysis of the epidemiological profile of cases of syphilis in pregnant women. The inclusion criterion was working in the health team and the exclusion criteria were not working in prenatal care and working for less than a month in the Health Unit. The sample size is 59 professionals from the UBS in question and pregnant women diagnosed with syphilis in the period from 2019 to 2021 in Ipatinga/MG. Data were collected through a questionnaire applied to health professionals who work at the UBS and data available at DATASUS. **Results:** In all, 21 professionals participated in the study, most of whom work in prenatal care and perform the functions assigned to each profession, mostly. Syphilis screening was carried out, in the three stages of pregnancy, by most participants and the biggest problem encountered in the treatment was the partner's failure to adhere. Treatment failed in some cases and there was no partner treatment. During the analyzed period, the city of Ipatinga had 482 reported cases of syphilis in pregnant women, of which 37 were in the BHU of Bethânia I. Most of the women in Ipatinga were brown, with complete schooling up to high school, diagnosed third trimester of pregnancy and during the primary stage of the disease. **Conclusion:** the adequate treatment of syphilis in pregnant women in the city of Ipatinga/MG needs better preparation in the work of health professionals, so that more information about the disease is expanded to the population, improves the identification of new cases and results in more quality in the prenatal care of pregnant women.

Key words: Syphilis. *Treponema infections*. Congenital syphilis. Serodiagnosis of Syphilis.

REFERÊNCIAS

- BRANDENBURGER, D.; AMBROSINO, E. The impact of antenatal syphilis point of care testing on pregnancy outcomes: A systematic review. **PLoS ONE**. v. 16, n. 3. março, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247649>>. Acesso em: 13 abr 2023.
- BRASIL. Brasil avança no enfrentamento à sífilis. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-avanca-no-enfrentamento-sifilis>>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- BRASIL. Caderneta da Gestante. **Ministério da Saúde**, 2023. Disponível em: <https://drglaucius.com.br/wp-content/uploads/2023/03/caderneta_gestante_8ed.pdf>. Acesso em 14 abr 2023.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica, **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em 01 abr 2023.
- BRASIL. Manual de Gestação de Alto Risco. Departamento de Ações Programáticas, **Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em 01 abr 2023.
- BRASIL. Sífilis. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, **Ministério da Saúde**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>>. Acesso em: 17 mar. 2021.
- DOMINGUES, C. S. B.; SADECK, L. DOS S. R.; BENTLIN, M. R. Grupo de trabalho de prevenção e tratamento de sífilis congênita da SPSP – Campanha Outubro Verde - mês de combate à sífilis congênita. **Sociedade de Pediatria de São Paulo**, out. 2020. Disponível em: <<https://www.spsp.org.br/PDF/SPSP-GT%20S%C3%ADfilis-OutubroVerde-01.10.2020.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- EBSERH. Pré-natal de risco habitual. **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**. Brasil, v.1, p. 1-10, out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops/Pre_natal_de_risco_habitual_final.pdf>. Acesso em 01 abr 2023.
- GASPAR, P. C.; BIGOLIN, A.; NETO, J. B. A.; PEREIRA, E. D. S.; BAZZO, M. L. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 30, n. esp1, fev. 2021. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr 2023.

HAWKES, S. J.; GOMEZ, G. B.; BROUET, N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. **PloS one**. v.8, n.2, fev. 2013.

HUIHUI, L.; CHEN, N.; TANG, W.; SHEN, S.; YU, J.; XIAO, H., *et al.* Factors influencing treatment status of syphilis among pregnant women: a retrospective cohort study in Guangzhou, China. **Int J Equity Health**. Guangzhou, v.6; n.22, abr. 2023.

LANNOY, L.H.; SANTOS, P.C.; COELHO, R.; SANTOS, A.; VALENTIM, R.; PEREIRA, G., *et al.* Gestational and congenital syphilis across the international border in Brazil. **PlosOne**. Brasil, v.17, n.10, out., 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275253>>. Acesso em: 17 abr. 2023.

LOPES, A. C. M. U.; ARAÚJO, M. A. L.; VASCONCELO, L. D. P. G.; UCHOA, F. S. V.; ROCHA, H.P.; SANTOS, J.R. Implantação dos testículos rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza—Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Fortaleza, v.69, n.1, p. 62-66, jan./fev, 2016.

MORRIS, S. R. Sífilis. **Manual MSD**. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/infec%C3%A7%C3%B5es-sexualmente-transmiss%C3%ADveis/s%C3%ADfilis?query=S%C3%ADfilis>>. Acesso em: 20 out. 2020.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUET, N. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PloS Med**. v.10, n.2, fev. 2013.

PAULA, M.A.; SIMÕES, L. A.; MENDES, J.C.; VIEIRA, E. W.; MATOZINHOS, F. P.; SILVA, T. M. R. D. Diagnosis and treatment of syphilis in pregnant women at the services of Primary Care. **Cien. Saude Colet**. v.27, n.8, p. 3.331-3.340, abr, 2022.

RAMOS, A. N. JR. Persistence of syphilis as a challenge for the Brazilian public health: the solution is to strengthen SUS in defense of democracy and life. **Cad. Saude Publica**. v.38, n.5, maio, 2022.

ROCHA, M. E.; ROCHA, E. M.; RESENDE, A. M.; MARTINS, C. A sífilis gestacional e a transmissão mãe para filho: um estudo bibliométrico. **Research, Society and Development**. v.10, n.10, agost, 2021.

SANTOS, M. M.; ROSENDO, T. M. S. S.; LOPES, A. K. B.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Weaknesses in primary health care favor the growth of acquired syphilis. **PLoS Negl Trop Dis**. v.15, n.2, fev. 2021.

SESMG. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Tabulador de informações de saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/>>. Acesso em 20 jan 2023.

SESMG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Sífilis**. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sifilis>>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SILVA, M. J.; BARRETO, F.; COSTA, M. C.; CARVALHO, M. S.; TEIXEIRA, M. G. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**. Bahia, v.29, n.2, jan, 2020.

TORRES, P. M. A. et al. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.75, n.6, set, 2022.

TRAJANO, E. V. et al. **Sífilis congênita no Brasil na última década**. Congresso Internacional Transdisciplinar - CONITRA - FAHESP/IESVAP, 2020.

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais. **Infectologista alerta para aumento de casos de sífilis em 2021**. UFMG, 16 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/infectologista-alerta-para-aumento-de-casos-de-sifilis-em-2021/>>. Acesso em: 4 fev. 2021.

Apêndice 1 – questionário: Médico

1. Você atua diretamente na atenção ao pré-natal? () SIM () NÃO

2. Com qual frequência as mulheres grávidas costumam levar o cartão da gestante?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

3. Caso a gestante leve o cartão, com qual frequência você costuma registrar as informações coletadas durante o atendimento?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

4. Com qual frequência você costuma verificar se as informações das consultas anteriores foram registradas?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

5. Qual(is) da(s) seguinte(s) função(ões) você realiza rotineiramente na atenção ao pré-natal? Assinale a(s) opção(ões) que corresponde(m) a sua atuação.

- a) Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido.
- b) Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
- c) Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- d) Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- e) Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- f) Realizar testes rápidos;
- g) Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

6. Você realiza a triagem para sífilis em qual(is) fase(s) da gestação?

- () Primeira consulta
- () Segundo trimestre
- () Terceiro trimestre
- () Outros
- () Nenhuma

7. Qual teste não treponêmico você tem o costume de solicitar?

- a) VDRL
- b) RPR

8. Qual teste treponêmico você tem o costume de solicitar?

- a) FTA-ABS
- b) MH-Tp
- c) ELISA
- d) WB
- e) Teste rápido (imunocromatográfico)

9. Com qual frequência a gestante adere ao tratamento?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

10. Qual esquema de tratamento prescrito à gestante na sífilis primária?

- a) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- b) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- c) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.
- d) Outro:

11. Qual esquema de tratamento prescrito à gestante na sífilis secundária?

- a) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- b) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- c) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.
- d) Outro:

12. Qual esquema de tratamento prescrito à gestante na sífilis terciária?

- a) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- b) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- c) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.
- d) Outro:

13. Qual esquema de tratamento prescrito à gestante na sífilis latente?

- a) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- b) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- c) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.
- d) Outro:

14. O que você observa como dificuldade no tratamento correto por parte da gestante? Assinale a(s) opção(ões) de escolha.

- a. Prescrição incorreta.
- b. Ausência do medicamento de escolha na farmácia.
- c. Não tratamento do parceiro.
- d. Pouca instrução da paciente.
- e. Pouca orientação à paciente.
- f. Não retorno da gestante.

g. Não adesão ao tratamento por parte da gestante.

h. Outros. Se sim, o que?

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

15. Com qual frequência o parceiro adere ao tratamento?

16. Qual esquema de tratamento prescrito ao parceiro na sífilis primária?

e) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);

f) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;

g) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.

h) Outro:

17. Qual esquema de tratamento prescrito ao parceiro na sífilis secundária?

e) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);

f) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;

g) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.

h) Outro:

18. Qual esquema de tratamento prescrito ao parceiro na sífilis terciária?

e) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);

f) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;

g) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.

h) Outro:

19. Qual esquema de tratamento prescrito ao parceiro na sífilis latente?
- e) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
 - f) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
 - g) Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI.
 - h) Outro:
20. Qual o motivo para o não tratamento do parceiro?
- a. Parceiro não teve mais contato com a gestante.
 - b. Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
 - c. Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
 - d. Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
 - e. Parceiro com sorologia não reagente.
 - f. Outro motivo:
21. Espaço aberto para dificuldades e sugestões pessoais e coletivas.

Apêndice 2 – questionário: Enfermeiro e ACS

1. Qual a sua área de atuação?
- () Técnico de enfermagem
 - () Enfermeiro
 - () Agente Comunitário de Saúde (ACS)
2. Você atua diretamente na atenção ao pré-natal? () SIM () NÃO
3. Com que frequência as mulheres grávidas costumam levar o cartão da gestante?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

4. Caso a gestante leve o cartão, com qual frequência você costuma registrar as informações coletadas durante o atendimento?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

5. Com qual frequência você costuma verificar se as informações das consultas anteriores foram registradas?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

6. Se ACS, qual(is) da(s) seguinte(s) função(ões) você realiza rotineiramente na atenção ao pré-natal? Assinale a(s) opção(ões) que corresponde(m) a sua atuação.

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Outros. Se sim, quais?
- Não sou ACS.

7. Se enfermeiro/técnico de enfermagem, qual(is) da(s) seguinte(s) função(ões) você realiza rotineiramente na atenção ao pré-natal? Assinale a(s) opção(ões) que corresponde(m) a sua atuação.

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- b) Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- c) Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- d) Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- e) Realizar testes rápidos;
- f) Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
- g) Orientar a vacinação das gestantes;
- h) Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- i) Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- j) Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- k) Não sou enfermeiro/técnico de enfermagem.
- l) Outro.

8. Você realiza a triagem para sífilis em qual(is) fase(s) da gestação?

Primeira consulta

Segundo trimestre

Terceiro trimestre

Outros

Nenhuma

9. Você já participou do manejo de alguma gestante com sífilis? SIM NÃO

10. Se sim, qual a sua atuação no manejo da gestante com sífilis?

Prescrição do tratamento

Encaminhamento ao médico

Busca ativa das gestantes

() Outros. Se sim, o que?

11. Com que frequência as gestantes aderem ao tratamento?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

12. Com que frequência os parceiros aderem ao tratamento?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

13. O que você observa como dificuldade no tratamento correto por parte da gestante? Assinale a(s) opção(ões) de escolha.

- i. Prescrição incorreta.
- j. Ausência do medicamento de escolha na farmácia.
- k. Não tratamento do parceiro.
- l. Pouca instrução da paciente.
- m. Pouca orientação à paciente.
- n. Não retorno da gestante.
- o. Não adesão ao tratamento por parte da gestante.
- p. Outros. Se sim, o que?

14. Espaço aberto para dificuldades e sugestões pessoais e coletivas.

Apêndice 3 - TCLE

Título da pesquisa: Tratamento de sífilis em gestantes na cidade de Ipatinga: desafios na adesão.

Pesquisador (a) Responsável: Ana Carolina Vale Campos Lisboa Telefone(s) de contato: (31) 99393-6446

E-mail: ana.lisboa@univaco.edu.br

Período total de duração da pesquisa: 01/06/2021 a 31/10/2021

1. Eu, _____, estou sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa coordenada pelo pesquisador Ana Carolina Vale Campos Lisboa.
2. O propósito da pesquisa é avaliar as principais causas do manejo inadequado do tratamento da sífilis em gestantes realizado pelos profissionais de saúde da cidade de Ipatinga/MG no ano de 2021, pois acredita-se que o aumento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita está diretamente relacionado à negligência ao manejo clínico adequado desempenhado pelas equipes de saúde; essa pesquisa será realizada por 6 participantes, sendo estes necessários para analisar as falhas, se existentes, do registro das fichas de notificação compulsória da sífilis, identificar os motivos pelos quais a equipe não cumpre o protocolo vigente de manejo da sífilis e por fim, para propor ações de educação e fluxos operacionais que promovam a adesão ao manejo correto dos casos de sífilis em gestantes;
3. Minha participação envolverá a aplicação de um questionário virtual a ser respondido pela equipe de saúde das Unidades Básicas de Ipatinga-MG com os maiores índices de sífilis em gestantes, que será enviado por meio do aplicativo de comunicação WhatsApp para cada membro da equipe selecionada e a partir disso o profissional será direcionado pelo link ao questionário na plataforma GoogleForms. Os questionários serão divididos em dois tipos diferentes, sendo um deles específico aos médicos e o outro direcionado aos demais profissionais da equipe de saúde (ACS, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro). Os questionários serão compostos em sua maioria por perguntas objetivas, havendo espaço para respostas discursivas, quando necessário, além de escalas de frequência. Por fim, haverá um espaço de preenchimento opcional aberto para registro de dificuldades e sugestões pessoais e coletivas da equipe e seus membros. Sendo assim, estipula-se que o tempo para responder o questionário não deve durar mais do que 5 minutos.
4. Os riscos ou desconfortos previstos, se concordar em participar do estudo é relativo à quebra de sigilo entre os profissionais de saúde e os pacientes por eles atendidos, sendo este risco minimizado ao responder o questionário de forma anônima. Os pesquisadores também se comprometem com o anonimato e proteção dos dados coletados em meios eletrônicos com acesso restrito por senha. Vale frisar que os gestores de saúde não terão acesso aos resultados de forma individualizada, apenas às análises agrupadas pelas classes dos profissionais.
5. Os participantes dessa pesquisa não terão benefício direto, embora a quantidade e qualidade dos dados obtidos sobre o assunto será diretamente

proporcional à conscientização e consequente intervenção ao problema identificado como capacitação dos profissionais e criação de fluxo para tratamento.

6. Minha participação na pesquisa não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;

7. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas meu nome ou identificação não serão revelados;

8. Não haverá remuneração pela minha participação. Em caso de deslocamento ou outras despesas relacionadas estritamente com a pesquisa, estas poderão ser ressarcidas pelos pesquisadores.

9. Quaisquer dúvidas que eu tiver em relação à pesquisa ou à minha participação, antes ou depois do consentimento, serão respondidas pelo(s) pesquisador(es) Ana Carolina Vale Campos Lisbôa e Carmelinda Lobato de Souza.

10. Concordo com a utilização de imagens feitas a partir de minha participação, desde que estas sejam apenas para fins científicos e sem identificação pessoal.

11. Esta pesquisa foi aprovada sob registro de Protocolo nº 51774621.5.0000.5095 pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos do Unileste que funciona no Bloco U, sala 107, Campus I do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, localizado à Avenida Presidente Tancredo Neves, 3500 - Bairro Universitário Coronel Fabriciano – MG – CEP 35170-056 – Telefone: 3846-5687. Assim, este termo está de acordo com a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos meus direitos como participante em pesquisas, ou se sentir que foi colocado em riscos não previstos, eu poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos;

Li as informações acima, recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar este termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma cópia deste termo me foi dada.

Assinatura do participante:

Data:

Documento:

Assinatura do pesquisador:

Data:

Documento:

Apêndice 4 - quadro 1: lista de revistas científicas utilizadas no artigo com as respectivas classificações.

Título da revista	Dados da revista
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	Qualis B2
CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	Qualis B3
EPIDEMIOLOGIA E SERVICOS DE SAUDE	Qualis B4
INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH (ONLINE)	Qualis B1
PLOS MEDICINE (ONLINE)	Qualis A1
PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES	Qualis A2
PLOS ONE	Qualis A2
RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT	Qualis B2
REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM	Qualis B3
REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA (ONLINE)	Qualis B1
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO	Fator de Impacto: 2.990

Fonte: os autores (2023).