

Sífilis Congênita- medidas de prevenção em populações vulneráveis no Brasil: uma revisão de literatura

Congenital Syphilis- prevention measures in vulnerable populations in Brazil: a literature review

DOI:10.34119/bjhrv5n3-253

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Marcela Moreira Ribeiro

Graduanda em medicina do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Instituição: UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907, Asa Norte - Brasília, Distrito Federal

E-mail: marcelamoreira.contato@gmail.com

Vittoria Melo Lettieri

Médica residente em Área Básica Cirúrgica pelo Hospital das Forças Armadas

Instituição: Hospital das Forças Armadas

Endereço: Setor Hfa, S/N, Setor Sudoeste, Brasília, Distrito Federal

E-mail: vittoria.lettieri@gmail.com

Gabriel Mesquita Oliveira

Graduando em medicina do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB

Instituição: UniCEUB

Endereço: SEP, 707/907, Asa Norte – Brasília, Distrito Federal

E-mail: gabriel.mesquita@sempreueb.com

Camila de Carvalho Gallo Pereira

Graduanda em medicina do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Instituição: UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907, Asa Norte - Brasília, Distrito Federal

E-mail: camilag1519@gmail.com

Vitória Cruz Araujo

Graduanda em medicina do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB

Instituição: UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907, Asa Norte - Brasília, Distrito Federal

E-mail: araujocvitoria@gmail.com

Gerson Fernando Mendes Pereira

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde

Instituição: Ministério da Saúde

Endereço: SRTV, Via W5 Norte, Brasília - DF

E-mail: gerson.pereira@aids.gov.br

RESUMO

Este estudo busca fazer uma revisão narrativa acerca das medidas de prevenção em saúde das populações vulneráveis para sífilis gestacional e, conseqüentemente, sífilis congênita no Brasil. Diante da alta incidência da sífilis no país, a relação entre a enfermidade é proporcional ao contexto social do paciente, sendo em sua maioria aqueles em estado de maior vulnerabilidade. Entende-se que a falha em um adequado diagnóstico e tratamento precoce, como também de políticas públicas eficazes, acabam por ser propulsoras do agravo citado, em um contexto de falha na efetividade da implementação de tais medidas. Observa-se ainda que, a sífilis congênita acaba sendo um medidor da eficácia da estratégia de atenção básica, uma vez que reflete um evento de fácil prevenção, sendo sua ocorrência relacionada com falha no processo diagnóstico, terapêutico ou de acolhimento.

Palavras-chave: sífilis congênita, medidas de prevenção para sífilis, infecções sexualmente transmissíveis, *treponema pallidum*.

ABSTRACT

This study aims to review the literature on health prevention measures for vulnerable populations to gestational syphilis and, consequently, congenital syphilis in Brazil. Given the high incidence of syphilis in the country, the relationship with the disease is proportional to the social context of the patient, most of whom are in a state of greater vulnerability. It is understood that the failure of an adequate diagnosis and early treatment, as well as effectiveness of public policies, end up being propellers of the aforementioned disease, in a context of failure in the effectiveness of the implementation of such measures. It is also observed that congenital syphilis ends up being a measure of the effectiveness of the primary care strategy, since it reflects an event that is easy to prevent, as well as its occurrence is related to failure in the diagnostic, therapeutic or reception process.

Keywords: congenital syphilis, prevention measures for syphilis, sexually transmitted diseases, *treponema pallidum*.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta. Quando uma gestante está infectada, a bactéria presente na corrente sanguínea da mãe pode ser transmitida ao conceito pela placenta ou, até mesmo, por transmissão vertical. Esta última ocorre quando o recém-nascido tem contato com as lesões sífilíticas no momento intraparto. Já a transmissão placentária pode acontecer a qualquer momento da gestação¹.

A doença pode gerar um grande espectro de repercussões clínicas nos recém-nascidos infectados², desde uma forma assintomática até oligossintomática ou sintomática. Geralmente, essas manifestações se apresentam em crianças menores de 2 anos e, mandatoriamente, em crianças cujas mães não foram tratadas ou obtiveram tratamento inadequado^{3,4}.

A doença pode ser dividida em precoce e tardia conforme a idade da criança no início dos sintomas. A forma precoce atinge crianças de até 2 anos e a maioria é assintomática, porém,

quando há manifestações clínicas, elas irão variar conforme o momento da gestação em que houve a infecção e se houve, ou não, tratamento². Portanto, podem surgir prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, rinite, lesões cutâneas como pênfigo sífilítico, principalmente palmoplantar, linfadenopatia generalizada, anemia e trombocitopenia, anormalidades esqueléticas e repercussões neurológicas como crises convulsivas²⁰.

Já a forma tardia acomete crianças maiores de 2 anos e apresenta manifestações clínicas mais raras como as gomas sífilíticas, nariz em sela, palato em ogiva, fronte olímpica, ceratite intersticial, coriorretinite, perda auditiva sensorial, molares em amora, tibia de sabre e atraso no desenvolvimento e comprometimento intelectual².

A vulnerabilidade existente na saúde pública abrange a susceptibilidade e, dessa forma, predispõe que haja grupos na população mais propensos a desenvolverem tais eventos, formando os grupos de risco²⁴. Normalmente, estes grupos apresentam características desvantajosas relacionadas à baixa renda socioeconômica, determinantes históricos, culturais, biológicos, políticos e dificuldade de acesso à saúde e educação²⁴, aumentando o risco destes grupos em frente a um agravos⁵.

Ademais, o contexto de desenvolvimento de um país também influencia na vulnerabilidade da população às infecções sexualmente transmissíveis, como no caso da sífilis congênita no Brasil. As populações mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis são aquelas que englobam além de aspectos socioeconômicos os aspectos comportamentais²⁵. Entende-se com aqueles englobados nos grupos de: moradores em situação de rua, privados de liberdade, trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis

Quando observamos as populações afetadas com a sífilis adquirida, observamos que vários grupos da sociedade sofrem com esta enfermidade. De acordo com o boletim epidemiológico de 2021, as mulheres são a parcela da população mais exposta ao microrganismo, já que correspondem a 58,9% das infecções documentadas⁶. Outro ponto notável é a prevalência da infecção na população jovem, ressaltando a importância epidemiológica desta população, visto que dentre eles a faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos, indo de encontro ao fato de que as características maternas mais prevalentes de crianças com sífilis congênita foram idade de 20 a 29 anos, seguida por 15 a 19 e 30 a 39 em 2020. Outras características envolvem uma escolaridade materna de 5^a à 8^a série incompleta, devendo ser considerado uma grande porcentagem de “ignorados” nessa classificação, de 30,3%; e maioria das mães de crianças com sífilis congênita se declaram pardas, seguidas de brancas e pretas⁶.

Em relação ao pré-natal, 80,9% dessas mães fizeram pré-natal; e em relação ao momento diagnóstico, a maioria delas teve o diagnóstico no pré-natal, 55,1%, seguido pelo momento do parto, 33,6% e 5,6% após o parto em 2020⁶.

Quantos ao status de tratamento, se identificou que a minoria apresentava esquema de tratamento adequado, somente 4,7%, enquanto a maioria apresentava esquema inadequado 50,6%, com 30,9% de não realizado e 13,8% de ignorados em 2020⁶.

Com o aumento das notificações dos casos de sífilis adquirida, o preenchimento do quesito “raça / cor” tem adquirido maior importância, uma vez que a população preta e parda tem ganhado notoriedade na incidência de sífilis adquirida, correspondendo a 50,2% dos casos e ficando em 1º lugar em 2020. Portanto, epidemiologicamente, há um crescente acometimento de mulheres negras e pardas de 20 a 29 anos com sífilis adquirida⁶.

Segundo Cinthia Araújo, em 2012, demonstraram uma maior incidência de sífilis gestacional e congênita em populações de menor escolaridade e naquelas que são historicamente desfavorecidas. Assim, observa-se que as desigualdades sociais são refletidas na saúde mesmo com a oferta de estratégias como Saúde da Família. Observa-se também uma variabilidade do acesso à saúde, principalmente em relação às populações vulneráveis⁷. Acredita-se que isso se deve tanto à qualidade do pré-natal realizado quanto à dificuldade do acesso ao sistema de saúde básico. Isto explicaria a maior exposição a adquirir a infecção a que crianças de classes sociais mais baixas estão submetidas⁷.

A sífilis congênita é um agravo que pode ser evitado e, para isso, as práticas de assistência ao pré-natal são medidas de prevenção de casos efetivos^{8,9}. Para diversas infecções sexualmente transmissíveis, como para o HIV/aids e as hepatites virais, as estratégias de prevenção para tais agravos sempre tiveram um papel importante e vem ganhando a incorporação de novas tecnologias como opções alternativas para a prevenção¹⁰. Tais estratégias de prevenção devem abranger simultaneamente a diversidade de grupos, singularidades dos indivíduos e as dinâmicas dos locais de inserção deles. Nesse contexto, a prevenção combinada se enquadra nesta dinâmica já que propõe que o cuidado em saúde seja composto pela conjugação das dimensões biomédica, comportamental e estrutural. A dimensão estrutural requer políticas públicas (arcabouço legal e normativo), contexto, condições socioambientais e determinantes sociais (cultura, moral e religião), economia, financiamentos, acesso a trabalho e renda, desigualdades de raça e gênero, violências e redução de danos. Já a dimensão comportamental aborda aspectos relacionados à informação, comunicação e educação, acolhimento, aconselhamento e autocuidado, adesão e vinculação e redução de danos. Por fim, a dimensão biomédica engloba os testes, insumos de prevenção e redução de

danos (oferta de insumos para o não compartilhamento de objetos), prevenção da transmissão vertical, imunização, tratamento de ISTs, redução de danos associados às práticas, tratamento e cuidado integral, terapia antirretroviral e profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP)¹⁰.

Embora esse agravo estudado seja de simples manejo e baixo custo, tanto pela abordagem diagnóstica, tanto pela terapêutica, torna-se um desafio para os profissionais de saúde e gestores, que pode estar relacionado à difícil abordagem da Infecção sexualmente transmissível durante a gestação, ao curto intervalo de gestação para o diagnóstico e tratamento e em parte pelo desconhecimento da gravidade da repercussão que a SC pode acarretar para o portador do agravo e suas famílias¹¹.

No Brasil, a cobertura do pré-natal durante a gestação é elevada, porém não ocorre de forma uniforme. De 2014 para 2018 a cobertura de sete ou mais consultas pré-natais entre recém-nascidos vivos aumentou de 65% para 71%, segundo o sistema de informações sobre Nascidos Vivos¹². As ações de prevenção englobam a assistência da gestante no pré-natal, rastreio e tratamento adequados daquelas com sífilis materna, que deve ser iniciado o mais precocemente. Ainda, é importante a implementação do pré-natal do homem e diagnóstico e tratamento de quem a gestante se relaciona sexualmente^{13,14}.

Sabe-se que a transmissão do agravo é facilmente evitável quando se considera a realização de um diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante¹⁵. O Ministério da Saúde prevê etapas obrigatórias que são consideradas eficazes para prevenção do agravo. Inicialmente, a gestante deve realizar um total mínimo de consultas pré-natais e ter a garantia de acesso a esse serviço, sendo que a quantidade de consultas não substitui a qualidade dos atendimentos^{16,17}. Durante a gravidez, deve-se realizar a testagem para sífilis na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto e nos casos de aborto, exposição de risco ou violência sexual. Ainda, deve-se orientar a gestante para que ela conclua o tratamento mesmo se os sinais e sintomas tiverem desaparecido e agendar o retorno para controle de cura e seguimento, oferecer preservativos e orientar sobre técnicas de uso em todas as relações sexuais¹.

Para rastreio durante a gestação, utiliza-se o teste não treponêmico, usualmente o VDRL, que é de baixo custo e fácil acesso. Caso esse último seja positivo, é realizado outros testes mais específicos treponêmicos. Desse modo, sorologias positivas são indicativas para tratamento de início imediato das gestantes e de seus parceiros, que também devem realizar o teste treponêmico¹⁵.

Ainda, a subnotificação da sífilis congênita, adquirida e da gestante reflete diretamente na eficácia e efetivação das políticas públicas e em saúde para redução do agravo em questão. Portanto, a SC é uma doença de notificação compulsória e que deve ser encaminhada para a vigilância epidemiológica para que se possa ter repercussão positiva no cenário atual da sífilis no Brasil¹⁷.

Falhas em estratégias de prevenção em diversas fases e níveis da atenção à saúde podem ser identificados quando nos deparamos com casos de manifestações clínicas graves de Sífilis Congênita, como citado pelo autor na Revista Paulista de Pediatria em 2018, em que se foi perdido a oportunidade do diagnóstico durante a gestação, na internação para o parto e na unidade neonatal, sendo a não realização de sorologia materna para sífilis no último trimestre gestacional e mais tardiamente a falha no exame físico da maternidade para a identificação das lesões vesico-bolhosas-descamativas, alguns dos fatores para a ocorrência do caso em questão relatado no artigo¹⁶.

O diagnóstico e tratamento da sífilis congênita vai ser determinado pela constatação da infecção no recém-nascido, uma vez que o recém-nascido pode ser classificado como exposto a sífilis ou de fato infectado por sífilis congênita, tais diferenças têm implicação direta na terapêutica e propedêutica que será realizada com o paciente²¹.

Essa classificação vai depender do uso de testes para avaliação da infecção pelo *treponema pallidum*, tais testes são definidos como diretos e imunológicos. Os testes diretos se baseiam na observação direta da bactéria e os imunobiológicos, são testes sorológicos divididos em testes não treponêmicos e testes treponêmicos. Para se classificar o recém-nascido como exposto a sífilis, é necessário que durante a gestação, uma mãe infectada por sífilis seja tratada e preencha critérios de tratamento adequado, sendo esses a redução da diluição do teste treponêmico em 2 diluições em 3 meses ou 4 diluições em 6 meses. Associado a ausência de sinais e sintomas ao exame físico do recém-nascido e presença de teste não treponêmico com diluição menor que a da mãe, tal paciente deve ser acompanhado até os 18 para observar se não há aumento ou persistência da diluição do teste não treponêmico²¹.

Logo pacientes que são classificados como tendo sífilis congênita não preenchem algum dos critérios citados, como a gestando não sendo tratada ou tratada inadequadamente, presença de sinais e sintomas de sífilis congênita ao exame físico inicial do recém-nascido, teste não treponêmico do recém-nascido 2 diluições maior que o da mãe ou aumento do teste não treponêmico 6 meses e persistência após os 18 meses²¹.

Diante dessas diferenças, tais classificações mudam condutas diante da propedêutica e diagnóstico. O recém-nascido exposto à sífilis não receberá tratamento e nem investigação

adicional, sendo avaliado e acompanhado ambulatorialmente de forma regular. Enquanto o recém-nascido de mãe não tratada ou tratada inadequadamente, terá que ser avaliado exame físico inicial, exames de hemograma, glicemia, raio X de ossos longos e teste não treponêmico, em caso de todas essas avaliações estarem normais, o recém-nascido recebe uma dose de penicilina benzatina 50.000UI/Kg e será liberado para acompanhamento ambulatorial e cuidado continuado em casa²¹.

Em caso de alteração da avaliação citada anteriormente, a conduta será definida pela presença ou não de alteração no exame do líquido do recém-nascido. Em caso de exame de líquido normal, poderá ser decidido entre tratamento hospitalar com penicilina cristalina ou tratamento domiciliar com acompanhamento contínuo com penicilina procaína por 10 dias. Agora, se o exame do líquido apresentar alguma alteração, será necessário internação para tratamento obrigatório com penicilina cristalina, visto o diagnóstico de neurosífilis²¹.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema “Medidas de prevenção em saúde nas populações vulneráveis à Sífilis Congênita no Brasil”. A revisão foi feita a partir dos bancos de dados *Pubmed*, *Scielo*, *Cochrane* e *Google Scholar*. Foram utilizados os descritores em inglês e português: “Vulnerabilidade”, “Sífilis Congênita”, “População vulnerável” e “Infecções sexualmente transmissíveis”, em dezembro de 2021 a janeiro de 2022. Para análise dos artigos para o presente estudo, considerou-se aqueles de maior relevância e com a temática que mais se aproximava ao tópico. Foram selecionados 23 artigos, sendo excluídos aqueles tendo em vista critérios de exclusão- como os que não tinham em pauta o conteúdo estudado e artigos incompletos. Por tratar-se de dados de domínio público, não foi realizada a submissão ao comitê de ética.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis congênita causa diversas repercussões, tendo em vista seus acometimentos clínicos no conceito, como o risco de malformação e o impacto social. Sua evolução e tratamento podem ser facilmente preveníveis diante de um diagnóstico durante a gestação e tratamento que são de fácil acesso e baixo custo.

Diante da análise epidemiológica realizada, verificou-se que a população do sexo feminino, negras, de baixa escolaridade e jovens entre 20 e 29 anos foram aqueles em maior contexto de vulnerabilidade para apresentação da sífilis congênita. A partir dessa disto, foi estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) medidas para redução da Sífilis adquirida,

gestacional e congênita a partir da gestão por ampliação da agenda para ações estratégicas pautadas nessa esfera, como a melhoria das ações de prevenção, ampliação do diagnóstico a partir da realização de testes rápidos e tratamento de parceiros sexuais das gestantes realizados pela atenção primária.

Dentro desse cenário, as medidas de prevenção são de extrema relevância e de elevado impacto na incidência da doença e das repercussões clínicas à população pediátrica, uma vez que o tratamento da gestante e de seu parceiro representam um dos grandes pilares em se tratando de medidas efetivas para evitar a enfermidade em questão. Um dos grandes empecilhos diante dessas medidas é justamente a baixa qualidade do tratamento das gestantes e a falta de informação da mesma e de seu parceiro. Esses entraves de ampliação do diagnóstico durante o pré-natal acabam por repercutir expressivamente na morbimortalidade tanto materna, como também fetal.

Ainda, a falta de atualização e capacitação dos profissionais de saúde assim como a ineficiente cobertura pré-natal das infecções sexualmente transmissíveis são questões que merecem a atenção.²³

Nesse contexto, são necessárias práticas de saúde que envolva não somente aspectos individuais, mas também ações que possuem influência sob aspectos econômicos, culturais e sociais do indivíduo que possui a doença em questão e estão em situação de vulnerabilidade, essa que muitas das vezes está intimamente relacionada com aspectos carenciais e de marginalização. Essa vulnerabilidade pode estar relacionada à falta de capacidade para adotar ações estratégicas pessoais e em saúde, assim como a não disponibilidade de recursos que são necessários para o enfrentamento da enfermidade em questão e do grupo de outras infecções sexualmente transmissíveis.

Dentro do contexto de vulnerabilidade, podemos definir algumas populações e características dessas populações que aumentam o risco da sífilis. Pois, no Brasil tem-se observado o aumento de sífilis congênita notificada de 1998 a 2021, isso provavelmente ocorre devido a melhor testagem e rastreamento desses casos, uma evidência dessa ocasião é o aumento da notificação de pacientes com sífilis congênita em acompanhamento pré-natal, que tem crescido nesse período, demonstrando um maior acompanhamento desses pacientes, apesar que aproximadamente 10% dos casos ainda se mantêm sem acompanhamento pré-natal.⁶

O momento do diagnóstico, também é algo preocupante, uma vez que somente cerca de 50% dos diagnósticos são dados durante o pré-natal, os demais são dados durante o parto e após o parto. Associado ao fato que minoria dessas pacientes são consideradas adequadamente tratadas, variando somente de 2,3% a 5,4% dos casos, com a maioria sendo considerada

inadequadamente tratada, seguida por não tratada e ignorados, sendo que os ignorados ainda são considerados altos nessa análise de 10,5% a 13,8%.⁶

As características das gestantes de casos de sífilis congênita se acumulam nas pacientes pardas e pretas, elas somam mais de 60% dos casos em todos os anos analisados pelo boletim. A idade mais acometida se concentra entre 15 a 39 anos, com faixa mais acometida de 20 a 29 anos, em geral de baixa escolaridade entre 1º a 4º série incompleta até médio completo.⁶ Tal vulnerabilidade engloba aspectos pessoais que são compreendidos como os cognitivos, biológicos e de atitudes do próprio indivíduo, os aspectos sociais, culturais e econômicos e a da vulnerabilidade programática, que está relacionado aos recursos necessários para qualidade de vida e proteção dos indivíduos.

4 CONCLUSÃO

Assim, a morbimortalidade materna e fetal é diretamente relacionada ao acesso aos serviços em saúde, à adequada abordagem diagnóstica e terapêutica e inicialmente às medidas de prevenção, vigilância e controle em saúde para sífilis congênita no que tangem um pré-natal uniforme, com cobertura de populações em contexto de vulnerabilidade social, sendo aqueles descritos na população chave. A prevenção combinada tem papel de relevância em se tratando de uma estratégia de prevenção integrada.

Faz-se necessário ações por parte dos profissionais em saúde que incorporem a abordagem acerca das medidas de prevenção de Infecções Sexualmente transmissíveis e um adequado protocolo diagnóstico e terapêutico, assim como aos gestores em saúde a garantia do acesso dessa população à realização de um pré-natal eficaz.

A despeito das dificuldades enfrentadas, a Sífilis Congênita é um agravo evitável e passivamente prevenível em se tratando de medidas de prevenção oportunas.

CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O estudo em questão traz uma revisão ampla do estado da sífilis congênita no Brasil, avaliando o perfil epidemiológico e clínico, de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, no que tange os aspectos relacionados às medidas de prevenção de tal agravo. O artigo atua demonstrando as populações-chave para sífilis congênita, perfil de diagnóstico e porcentagem das pacientes que realizam o tratamento adequado.

Tais esclarecimentos podem trazer uma melhor visão ao profissional de saúde e gestores na condução da abordagem ao problema e propostas de intervenção na comunidade.

Diante da análise demonstrada nesse estudo, verifica-se que há ainda uma perspectiva de melhora, em especial, na cobertura de pré-natal e tratamento adequado na gestante com sífilis. Além disso, a priorização de políticas de testagem, tratamento e seguimento para as populações-chave pode levar a mudanças no atual cenário de sífilis congênita no país.

REFERÊNCIAS

1. GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Volume único [Internet]. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2019-[cited 2022 May 6]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf Português.
2. Woods C. Syphilis in children: congenital and acquired. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases* [Internet]. 2005 Oct 04 [cited 2022 May 6]:245-257. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16210105/>.
3. Herremans T, Kortbeek L, Notermans D. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* [Internet]. 2010 Mar 25 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20336337/>.
4. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Informes Técnicos Institucionais* [Internet]. 2008 Aug 13 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?format=pdf&lang=pt>
5. Motta M G C, Pedro E N R, Paula C C, Coelho D F, Ribeiro A C, Greff A P, Padoin S M M, et al. Vivências do adolescente com HIV/AIDS. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2014 Feb 04 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/917>
6. Ministério da Saúde. Sífilis 2021. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2021 Oct 14 [cited 2022 May 6]; Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>
7. Araújo C L, Shimizu H E, Sousa A I A, Hamann E M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2012 Feb 14 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzWDZTVcgztjhcXgYVb75Ky/?lang=pt>
8. Barros F C, Bhutta Z A, Batra M, Hansen T N, Victoria C G, Rubens C E. Global report on preterm birth & stillbirth: the foundation for innovative solutions and improved outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2010 Feb 23 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-S1-S3>
9. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn J E. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 Apr 13 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S3-S9>
10. Ministério da Saúde. Viva Melhor Sabendo. *Guia Instrucional* [Internet]. 2021 Nov 17 [cited 2022 May 6]; Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_instrucional_viva_melhor.pdf
11. Domingues R M S M, Saraceni V, Hartz Z M A, Leal M C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2012 Jul 26 [cited 2022 May 6]; Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29786/2/Sifilis%20congenita_Rosa_Domingues_I_NI_LapClin-AIDS_2013.pdf

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. DATASUS-Tabnet [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 jul 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>
13. Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2007 Jul 30 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Z3v8fgxWCRsrTvMCjrHTYBh/?lang=pt>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde ; 2016 [citado 2020 out 15]. 55 p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf
15. GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA AS AÇÕES DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA. Plano de Eliminação da Sífilis [Internet]. 2010 [cited 2022 May 6]; Available from: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/guia_versao_digital/Guia_Integrado_versao_digital.pdf
16. Andrade A L M B, Magalhães P V V S, Moraes M M, Tresoldi A T, Pereira R M. DIAGNÓSTICO TARDIO DE SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO BRASIL. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2018 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/YW89sPHsznkK7m7fwvBFXJn/abstract/?lang=pt>
17. Domingues C S B, Duarte G, Passos M R L, Sztajn bok D C N, Menezes M L B. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2020 Oct 03 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?lang=pt>
18. Ayres J R C M, Calazans G J, Saletti Filho H C, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *Tratado de Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53913>
19. Bowen PhD V, Su, MD, PhD J, Torrone, PhD E, Kidd, MD S, Weinstock, MD H. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 2015 Nov 13 [cited 2022 May 10]; Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6444.pdf>
20. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. [placeunknown]: Ministério da Saúde. 2015- [cited 2022 May 10]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv> Português.
21. Simões S C M. VULNERABILIDADE SOCIAL E SÍFILIS CONGÊNITA [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. [placeunknown]: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2019 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/30850/1/TCC%20com%20Ata%20de%20Aprova%20ção.pdf>

22. Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e das hepatites virais

[Internet]. Brasília; 2018. [Atualizado 2018; citado 2018 abr. 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/20-o-que-e-populacao-chave-para-o-hiv>.

23. Conceição W M, Leite A G S, Libonati L G, Farias M G D, Rêgo L B C, Duarte M B. Casos notificados de sífilis congênita e seus impactos no sistema hospitalar de Salvador: 2010-2016. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2020 Set/ Out [cited 2022 Jun 1];3(5):11659 - 11669. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/16091/13170>