
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E SUAS REPERCUSSÕES NO BRASIL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS AND ITS REPERCUSSIONS IN BRAZIL

Carolina de Araújo Machado^{1*}, Júlia do Carmo Santos¹, Ana Luiza Barros Parreira¹, Mariana de Lima Barbosa¹

¹ Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de Goiânia – GO, Brasil.

*Correspondente: carolaraujomachado@gmail.com

Resumo

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis no Brasil de 2010 a 2019 e seu impacto na transmissão vertical. **Métodos:** Estudo descritivo transversal com dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Foram identificados no Brasil mais de 332 mil casos de sífilis materna e 175.381 casos de sífilis congênita; predominaram gestantes pardas (48.56%), na faixa etária entre 20-29 anos (52.03%), que receberam o diagnóstico no primeiro trimestre de gravidez (34.59%) durante o acompanhamento pré-natal (52,67%). A maioria dos casos de crianças com sífilis congênita eram filhos de mães que realizaram pré-natal durante a gestação (77,83%). Apenas 4,11% dos casos de sífilis congênita tiveram tratamento materno adequado. **Conclusão:** Espera-se que o presente estudo contribua epidemiologicamente para o combate da sífilis materna e congênita, reduzindo assim, a sua incidência e suas graves consequências.

Palavras-chave: Epidemiologia. Gravidez. Notificação de Doenças. Sífilis.

Abstract

Objective: To define the epidemiological profile of pregnant women with syphilis in Brazil from 2010 to 2019 and its impact on vertical transmission. **Methods:** Descriptive cross-sectional study with data from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH/SUS) of the SUS Information and Informatics Department (DATASUS), through the Notifiable Diseases Information System (SINAN). **Results:** More than 332 thousand cases of maternal syphilis and 175,381 cases of congenital syphilis were identified in Brazil; brown pregnant women predominated (48.56%), aged between 20-29 years (52.03%), who received the diagnosis in the first trimester of pregnancy (34.59%) during prenatal care (52.67%). Most cases of children with congenital syphilis were children of mothers who had prenatal care during pregnancy

Recebido: Out 2021 | Aceito: Dez 2021 | Publicado: Jan 2022



(77.83%). Only 4.11% of congenital syphilis cases had adequate maternal treatment. Conclusion: It is expected that the present study will contribute epidemiologically to the fight against maternal and congenital syphilis, thus reducing its incidence and its serious consequences.

Keywords: Epidemiology. Disease Notification. Pregnancy. Syphilis.

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, cuja transmissão pode ser por via sexual ou transplacentária.¹ A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período da gravidez e representa um problema de saúde pública responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina.² A infecção fetal pode resultar em abortamento espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, óbito fetal ou neonatal e posteriores complicações ao recém-nascido.³ Admite-se quanto mais recente for a infecção na mulher e maior for a espiroquetemia, maior será o risco de contaminação fetal,³ sendo fundamental o rastreamento dessa doença durante o pré-natal.

A pesquisa de sífilis durante a gestação tornou-se obrigatória e, desde 2005, ela é considerada uma doença de notificação compulsória.⁴ A melhor forma de prevenção da doença consiste no rastreamento da sífilis durante o pré-natal, através do teste de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory* - Pesquisa Laboratorial de Doenças Venéreas) que deve ser realizado o mais precoce possível, e depois deve ser repetido por volta da 28^a e da 38^a semanas de gestação.⁵

Após a introdução do uso da penicilina, em 1943, a sífilis apresentou uma diminuição progressiva, atingindo níveis pouco significativos. Entretanto, nos últimos anos tem sido observado um aumento na incidência desta doença, tanto em países subdesenvolvidos quanto nos desenvolvidos.⁵

Pelo fato da penicilina ainda ser considerada o tratamento ideal para a sífilis, acredita-se que os principais fatores relacionados ao aumento dos casos seriam: relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e agentes de saúde; a precocidade e promiscuidade sexual; aumento de número de mães solteiras e adolescentes; automedicação; desconhecimento por parte da população sobre a gravidade

da doença; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; uso de drogas; e a falta ou inadequação da assistência pré-natal.⁵

O resultado da disseminação bacteriana da gestante infectada para seu concepto associa-se a diversos fatores de risco, como: baixo nível de escolaridade, piores condições socioeconômicas, antecedentes de risco obstétrico, início tardio do acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas, assim como manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade para diagnóstico e tratamento, ausência de aconselhamento e falta de tratamento do parceiro.⁶

A sífilis é uma doença que tem prevenção, apresenta rastreamento e tratamento de baixo custo, e tem o diagnóstico realizado durante as consultas do pré-natal.⁵ Levando em consideração a alta incidência da morbidade, suas complicações e a possibilidade de prevenção, objetivou-se neste estudo definir o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis no Brasil de 2010 a 2019 e seu impacto na transmissão vertical.

Metodologia

Realizou-se estudo descritivo transversal utilizando-se banco de dados secundários obtidos no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)⁷, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Foram incluídos todos os casos e distribuição percentual de sífilis congênita no Brasil de janeiro de 2010 a dezembro de 2019 das seguintes variáveis: (1) gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, \geq 40 anos ou Ignorado); (2) gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico (Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena ou Ignorada); (3) sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico (Sim, Não ou Ignorado); (4) sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico (Durante o pré-natal, No momento do parto/curetagem, Após o parto, Não realizado ou Ignorado); (5) sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico (Adequado, Inadequado, Não Realizado ou Ignorado).

Posteriormente foram adicionados os casos e a distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico no período e localização supracitados (1º Trimestre, 2º Trimestre, 3º Trimestre, Idade gestacional ignorada ou ignorado). Diante dos dados coletados foram excluídos aqueles que remetiam anteriores ao período de 2010 e posteriores a 2019, dados referentes a sífilis em pacientes não gestantes, dados duplicados e os dados que não foram coletados pelo Sistema Único de Saúde.

O período de tempo estudado foi escolhido a partir do ano mais recente disponibilizado pelo SINAN com dados inteiramente contabilizados, pós-preliminares: 2019. A partir disso, retrocedeu-se 10 anos a fim de possibilitar um grande volume de dados e reduzir o viés de amostragem.

A incidência anual de sífilis congênita foi calculada a partir de dados do SINAN e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponibilizados pelo DATASUS dos anos de 2010 a 2018 no Brasil (não haviam dados referentes a 2019 no SINASC). Utilizou-se a fórmula a seguir:

$$\begin{aligned}
 & \text{INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA} \\
 & = \frac{\text{NÚMERO DE NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA EM DETERMINADO LOCAL E PERÍDOS}}{\text{NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS NO MESMO LOCAL E PERÍDO}} \\
 & \times 1000
 \end{aligned}$$

A coleta dos dados eletrônicos foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2020. Estes dados foram registrados em números absolutos e percentuais, analisados em planilhas do programa Microsoft Office Excel – 2016 e apresentados em gráficos e tabelas.

Resultados

No período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019 foram identificados no Brasil mais de 332 mil casos de sífilis materna e mais da metade desse valor de sífilis congênita (175.381 casos). A faixa etária majoritariamente apresentada pelas gestantes (Tabela 1) foi entre 20 a 29 anos (n=175.674; 52,03%), enquanto que a etnia, cor ou raça mais

prevalente foi à parda (n=161.691; 48,56%), sucedida pela branca (n=98.733; 29,65%) e em seguida vieram as preta (n=40.996; 12,31%), amarela (n=2.931; 0,88%), indígena (n=2.071; 0,62%) e os casos em que tal informação é ignorada (n=26.528; 7,97%). Os estados brasileiros com maiores taxas de detecção de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos) no período são, respectivamente, São Paulo (70.845), Rio de Janeiro (50.791), Rio Grande do Sul (23.404).

Tabela 1. Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária no Brasil de 2010-2019

Faixa etária	Número de casos	%
10 a 14 anos	4.289	1,39
15 a 19 anos	83.313	24,65
20 a 29 anos	175.674	52,03
30 a 39 anos	62.756	19,75
≥ 40 anos	6.816	2,18
Ignorado	12	0,00
Total	332.860	100,00%

Fonte: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Em relação ao momento do diagnóstico mais de um terço das gestantes com sífilis receberam tal notícia durante o primeiro trimestre (n=115.053 casos; 34,59%) de gravidez (Figura 1) e isso ocorreu, em sua maioria, no acompanhamento pré-natal (n=92.376; 52,67%), (Tabela 2) sendo que a maioria dos casos de crianças diagnosticadas com sífilis congênita eram filhos de mães que realizaram esse acompanhamento (n= 138.880; 77,83%) em contraste com 16,17% (n=26.514) que não fizeram pré-natal e aos casos em que essa informação é ignorada (n=9.987; 6,00%).

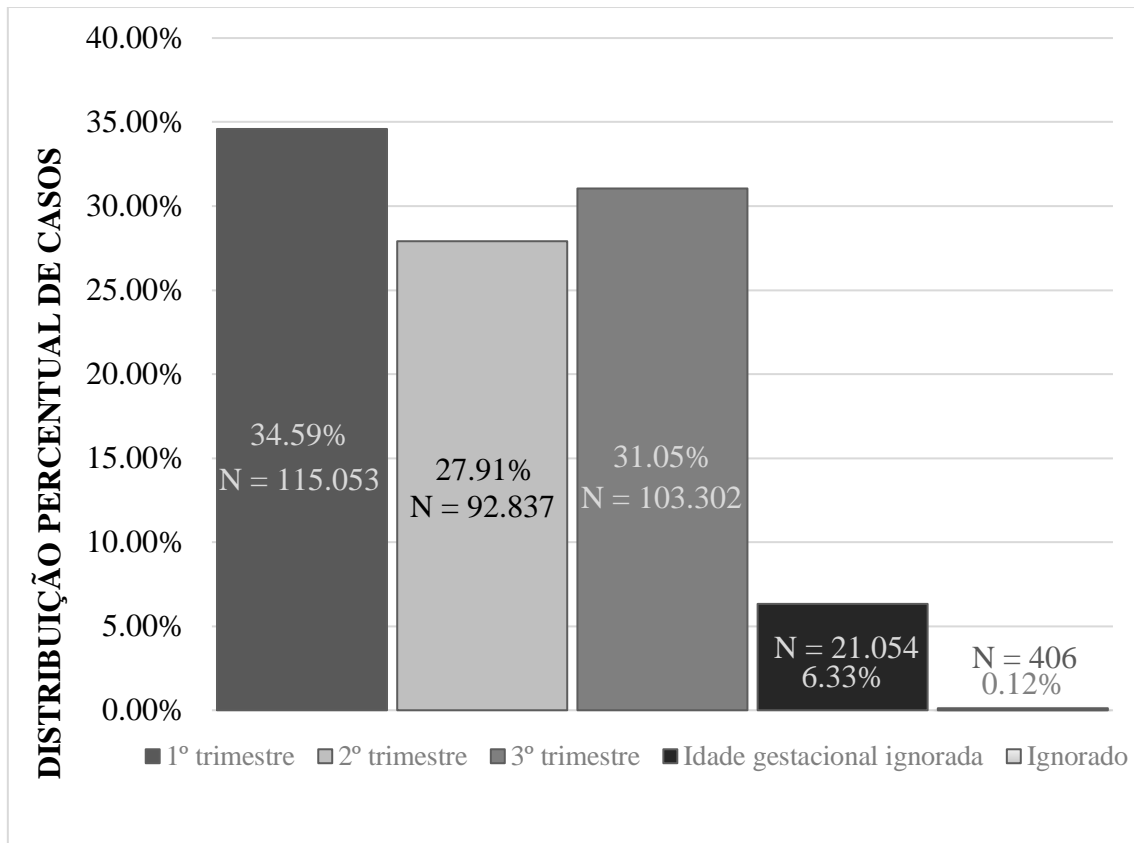


Figura 1. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional no Brasil e de 2010 a 2019. **Fonte:** Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Tabela 2. Casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna no Brasil de 2010-2019.

Momento do diagnóstico da sífilis materna	Número de casos	Distribuição percentual
Durante o pré-natal	92.376	52,67%
No momento do parto/curetagem	60.452	34,47%
Após o parto	13.826	7,88%
Não realizado	1.120	0,64%
Ignorado	7.607	4,34%
Total	175.381	100%

Fonte: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Destaca-se ainda que apenas 4,11% (n=7.679) dos casos de sífilis congênita tiveram tratamento materno adequado, 29,91% (n=49.914) não realizaram tratamento e em 54,28% (n=96.773) o tratamento foi caracterizado como inadequado, além dos casos em que essa informação é ignorada (n=21.015; 11,68%).

Por fim, a incidência anual de sífilis congênita foi calculada de 2010 a 2018 – uma vez que a informação relativa ao número de nascidos vivos em 2019 estava indisponível no SINASC – e refletiu o aumento contínuo deste índice, sendo de 2,43 a 9,00 por 1000 nascidos vivos em 2018 (Figura 2).

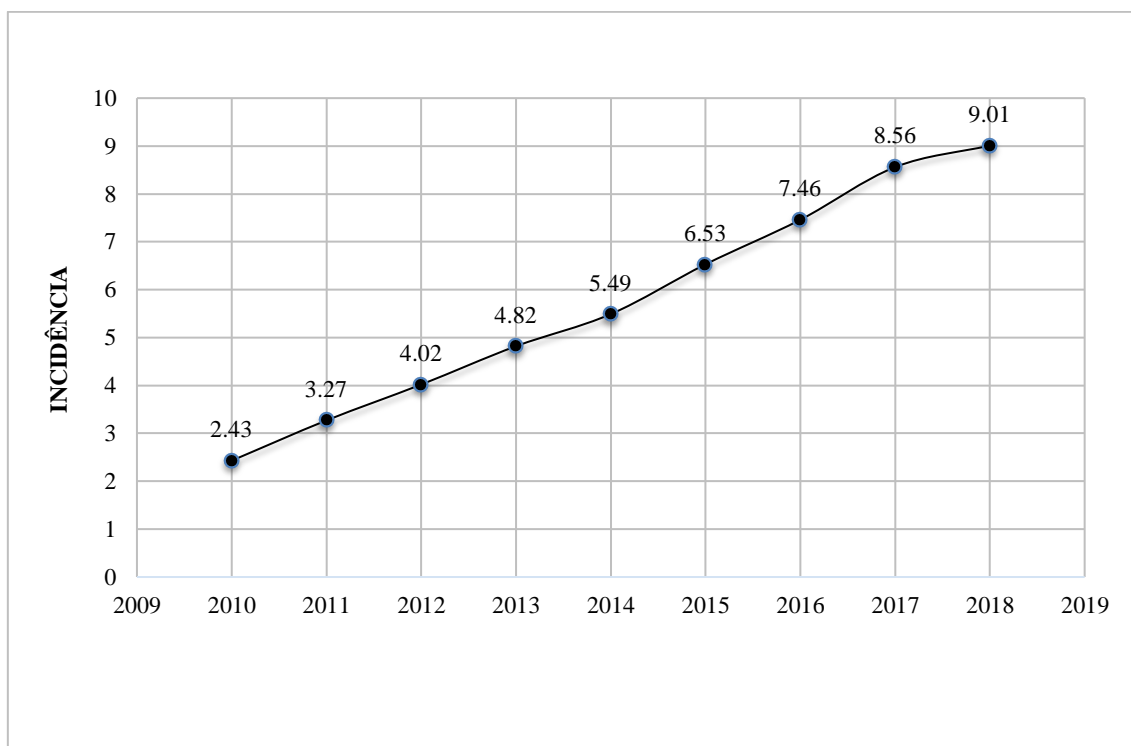


Figura 2. Incidência anual de sífilis congênita no Brasil de 2010 a 2018. **Fonte:** Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Discussão

Evidencia-se uma crescente nos índices de gestantes infectadas por sífilis em todo o país e uma alta taxa de transmissibilidade da infecção para os conceptos.^{1,4,5} Estima-se

que no Brasil cerca de 50 mil parturientes tenham o diagnóstico de sífilis e aproximadamente 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita, considerando-se uma taxa de transmissão vertical de cerca de 25%.^{8,9} Destaca-se como estratégias para reduzir esses níveis o controle da sífilis adquirida em toda a população (principalmente nas gestantes), uso de testes rápidos para diagnóstico da sífilis, maior uso da penicilina benzatina na atenção básica e inclusão da sífilis gestacional na lista de doenças de notificação compulsória.^{8,9,10,11}

Ao analisar indicadores de saúde da sífilis gestacional no Brasil nota-se um aumento significativo da incidência da doença anualmente, principalmente devido ao aumento da taxa de detecção da morbidade.^{4,8,10,11} O presente artigo avalia o período de 2010 a 2019 e, pela análise da literatura, observa-se que a menor taxa de detecção foi no ano de 2010 (3,5 casos/100 mil) e a maior taxa de detecção foi de 20,8 casos/100 mil no ano de 2019.^{8,10,11}

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2020, o aumento de sua incidência pode ser reflexo da melhora da notificação dos casos em gestantes no país, com maior preenchimento de dados como raça/cor e idade gestacional, sendo de suma importância continuar o incentivo a notificação correta, adoção de melhorias em medidas de saúde pública, diagnósticas e acompanhamento gestacional.¹²

Além dos altos números de gestantes infectadas, foi constatado, a partir dos dados levantados durante este estudo, que a faixa etária mais frequente entre as parturientes foi entre 20 a 29 anos (52,03%), fato que está em conformidade com o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2019, chamando a atenção para a idade tão jovem das gestantes acometidas pela infecção.⁹ Estudos de dados do perfil epidemiológico da sífilis gestacional estimam que cerca de 68% das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, e aproximadamente 22% eram adolescentes (≤ 19 anos), sendo que esta faixa etária foi a que apresentou maior prevalência da infecção no período gestacional na maioria das vezes.¹³

Ainda no presente estudo, averiguou-se que a etnia, cor ou raça mais prevalente foi a parda (48,56%). Estes dados nacionais também seguem conforme o Boletim Epidemiológico supracitado, com porcentagens bem próximas.⁹ Porém, observando outros estudos epidemiológicos que levam em consideração um estado específico, essa ordem pode variar, a exemplo do Paraná, no período de 2012 a 2016, onde foi constatado

que as mulheres com sífilis são em sua maioria brancas.¹⁴ Nesse contexto, é importante levar em conta que, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), a Região Sul apresenta a maioria de sua população declarada branca, variando em uma taxa de 79,0% a 73,2%, de 2012 a 2019, respectivamente, justificando a divergência encontrada no Paraná.¹⁵

Com tantos casos em todo o Brasil, inicialmente seria necessária a implementação de medidas educacionais com enfoque na promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação sobre saúde sexual desde a escola até o atendimento na atenção básica, visando a prevenção primária da sífilis. Em caso de falha na prevenção primária, faz-se necessário o diagnóstico precoce da sífilis, seja pelo VDRL ou Teste Rápido, em mulheres que manifestem intenção de engravidar ou mesmo durante a gestação, por meio da realização do “teste da mamãe” durante o pré-natal. Também é fundamental o tratamento apropriado daquelas em que for constatada a infecção e o tratamento de seus parceiros para que não haja reinfecção, principalmente durante a gestação.¹⁵

Percebe-se, a partir dos dados levantados, que os estados brasileiros com maior taxa de detecção de sífilis gestacional, considerando o período de 2010 a 2019, foram São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, respectivamente. A partir disso, presume-se que estes estados são os responsáveis pelas taxas de detecção de sífilis em gestantes nas regiões Sudeste e Sul serem superiores à do Brasil.¹² Aponta-se também que estas regiões são as que apresentam maiores taxas de detecção de sífilis adquirida na população geral e sífilis congênita.¹² O Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2020 atribui esse aumento na detecção de sífilis em gestantes à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017, tornando-o mais sensível.^{9,12}

Constatou-se por meio dos dados levantados neste estudo que, no período de 2010 a 2019, na maioria dos casos de sífilis congênita houve acompanhamento das gestantes no pré-natal (77,83%) e, em uma taxa um pouco menor, houve o diagnóstico da sífilis durante a gestação (52,67%), fazendo crer que a realização do pré-natal está captando grande número de gestantes precocemente, porém, o diagnóstico não vem sendo realizado na mesma proporção. Esses dados estão de acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis no Brasil de 2019, que aponta o acesso ao pré-natal em uma taxa de 78,8% das

mães de crianças com sífilis congênita de 1998 a 2019 e uma taxa de diagnóstico da sífilis durante o pré-natal de 51,8% no mesmo período.⁹

A maioria dos casos de sífilis congênita diagnosticados é proveniente de gestantes que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, podendo indicar baixa qualidade da assistência durante esse período da gestação.^{4,6,7,8,10} Aponta-se que mulheres com diagnóstico de sífilis têm maior prevalência de infecção por HIV e maior proporção de fatores de risco para prematuridade, dentre esses, partos prematuros anteriores e o relato de fumo durante a gravidez.¹⁷ Em estudo sobre sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita, realizado na cidade de Belo Horizonte - Minas Gerais, constatou-se que a maioria das gestantes tinha história de gestações anteriores (77,8%), sendo que 27,2% tinham história anterior de sífilis e 31,7% tiveram desfechos desfavoráveis (aborto ou natimorto) em gestações anteriores.¹⁸

Conforme a análise dos dados do presente estudo, 34,59% dos diagnósticos de sífilis em gestantes se deu no primeiro trimestre, 27,91% no segundo e 31,05% no terceiro trimestre, mas apenas 4,11% das gestantes passou por tratamento adequado, dado que se confirma no Boletim Epidemiológico da Sífilis no Brasil no ano de 2015. Nos diversos estudos, a assistência às gestantes demonstrou falhas, como início tardio do pré-natal, ausência de diagnóstico na gravidez e ausência de tratamento dos parceiros.^{4,7,8,13,16} Assim, se faz necessária a implementação de estratégias para melhorar o manejo desses quadros de sífilis na gestação.

Considera-se tratamento adequado aquele no qual a gestante realizou terapia completa (em tempo e dose) para estágio clínico da sífilis apresentado, com tratamento concomitante do parceiro, terapia realizada com penicilina benzatina iniciada até os 30 dias que antecedem o parto, e que tenha apresentado uma boa resposta sorológica documentada (sem elevação de quatro ou mais títulos do VDRL). Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.¹⁹

No Brasil, de 2010 a 2019, a porcentagem de pacientes tratadas inadequadamente é inferior a 20% na maioria dos estados, porém, no Maranhão e no Rio Grande do Sul as taxas foram de 28,7% e 21,9%, respectivamente.²⁰ No Maranhão, as taxas de detecção da sífilis em gestantes são abaixo das taxas no país, a realização do teste não treponêmico está aquém do preconizado e o diagnóstico da sífilis em gestantes vem sendo realizado tardiamente.²¹ Em estudo do Rio Grande do Sul, observou-se que em 72,6% dos casos

de sífilis congênita o tratamento da mãe foi inadequado, em 23,5% não foi realizado tratamento e apenas 16,1% dos parceiros sexuais foram tratados, justificando suas taxas superiores em relação aos demais estados.²²

Comparado a outros estudos, a adequação ao tratamento preconizado nos casos de sífilis congênita acompanha uma taxa inferior a 10%, podendo destacar o Boletim da Sífilis de 2019, que traz dados de 1998 a 2019, constatando uma taxa de 8,1% de tratamento adequado das gestantes cujos filhos adquiriram sífilis congênita em tal período.^{7,8,9,11} Observa-se, portanto, que na maioria dos casos de sífilis congênita, as gestantes dos recém-nascidos afetados não obtiveram tratamento adequado durante a gestação.

Nota-se pela análise da literatura que a ocorrência da sífilis na gestação está relacionada à raça/cor não branca, escolaridade menor que oito anos de estudo, ausência de ocupação remunerada, ser estudante e ausência de acompanhamento pré-natal.^{2,4,13,18,19,20} No presente estudo foi possível definir o perfil epidemiológico da morbidade, podendo citar como grupo de maior risco para o acometimento pela doença: mulheres entre os 15 e 29 anos, com maior prevalência dos 20 aos 29 anos; a maioria diagnosticada no primeiro ou no terceiro trimestre; maior frequência das gestantes que se declaram pardas e que realizaram o pré-natal conforme orientação dos sistemas de assistência à saúde.

Conclusão

A sífilis é uma doença sabidamente nociva às gestantes e seus conceptos, porém persiste como um grave problema de saúde pública apesar do vasto conhecimento sobre modo de transmissão, manifestações clínicas e tratamento eficaz, além de acessível. Ainda que estejam sendo desenvolvidas ações – como medidas educacionais que visam promoção de saúde e prevenção primária, diagnóstico e tratamento precoce de pacientes e parcerias – os dados disponíveis demonstram um nível insuficiente de controle da doença no Brasil de 2010 a 2019.

No estudo foi possível definir o perfil epidemiológico da morbidade com mulheres entre os 15 e 29 anos, maior prevalência dos 20 aos 29 anos; diagnóstico no

primeiro e no terceiro trimestre; gestantes que se declaram pardas e que realizaram o pré-natal conforme orientação dos sistemas de assistência à saúde.

Espera-se, portanto, que o presente estudo contribua epidemiologicamente para o combate da sífilis materna e congênita, reduzindo assim, a sua incidência de forma a atuar de maneira preventiva nas morbidades estudadas. Busca-se conhecer o perfil epidemiológico e permitir a realização de políticas públicas de saúde voltadas às gestantes e à população mais susceptível e conseqüentemente permitir diagnóstico precoce, menores complicações, tratamento adequado e melhor prognóstico. Além de auxiliar no conhecimento do perfil epidemiológico e na definição de políticas públicas de saúde, o estudo também visa servir de referência para outros estudos.

Referências

1. Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis Congênita. Rev Med Saúde Brasília. 2016; 5(2): 286-297.
2. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Com. Ciências Saúde. 2011; 22(1): S43-S54.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2008; 42(4): 768-772.
5. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. Rev. Para. Med. 2006; 20(1): 47-51.
6. Nunes JPG, Barbosa VV. Uma série histórica da incidência de Sífilis na gestante no Pará entre os períodos de 2013 a 2018. Para Res. Med. J. 2020;4(1): 4-32.
7. Ministério da Saúde (BR), Banco de dados do Sistema Único de Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Informações de Saúde, Rede assistencial [acesso em 10 dez 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6927&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nr>.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

9. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2019. Bahia: Secretária da saúde, 2019.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Programa Nacional de DST e Aids. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros [acesso em 10 dez 2020]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
13. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in During Pregnancy: Association of Maternal and Perinatal Characteristics in a Region of Southern Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; 26(1): e3019.
14. Maronezzi G, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CAM. Sífilis en la Gestante y Congénita: Perfil Epidemiológico y Prevalencia. Enf. Global. 2019; 19(1): 107-150.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2019. [acesso em 01 fev 2020]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [acesso em 01 fev 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf
17. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(6): e00082415.
18. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24(4): 681-694.
19. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2010.

20. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [página na internet]. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Indicadores de Dados Básicos da Sífilis no Município Brasileiro [acesso em 01 fev 2020]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>
21. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq Ciênc Saúde*. 2018; 25(2): 24-30.
22. Oliveira TH, Tietzmann DC, Coelho DF. O Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul. 2015; 26 (2): 45-57 Disponível em: http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20181220123721o_perfil_epidemiologico_da_sifilis_congenita_em_uma_regiao_de_saude_do_rio_grande_do_sul_2015.pdf
23. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(2): 103-111.
24. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2001; 13(1): 6-8.
25. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(4): 681-694.