

Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG

Profile of pregnant women diagnosed with syphilis in the maternity in Belo Horizonte – MG

Joice Guedes Caldeira¹, Caroline Cassia de Morais¹, Ana Christina de Lacerda Lobato^{1,2}

Descritores

Sífilis; Sífilis congênita; Gestação

Keywords

Syphilis; Congenital syphilis; Pregnancy

Submetido:

30/08/2021

Aceito:

29/11/2021

1. Hospital Júlia Kubitscheck, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Ana Christina de Lacerda Lobato
Rua Doutor Cristiano Resende, 2.745,
30620-470, Belo Horizonte, MG, Brasil
anacllobato@gmail.com

Como citar:

Caldeira JG, Morais CC, Lobato AC. Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG. Femina. 2022;50(6):367-72.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico e identificar fatores de risco, eficácia do diagnóstico e tratamento durante o pré-natal de pacientes com histórico de sífilis admitidas em uma maternidade de Belo Horizonte, com o intuito de atuar de forma preventiva quanto à população local. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, com análise de prontuários e banco de dados de notificações de sífilis congênita e em gestantes obtidos entre janeiro/2017 e dezembro/2019, referentes a pacientes admitidas para parto, internação clínica ou atendimento de urgência. **Resultados:** Foram identificadas 198 gestantes com idade média de 24 anos. Avaliando os dados pré-natais, 65% foram acompanhadas no risco habitual com uma média de seis consultas. Na análise do diagnóstico, 58% não possuíam registro de teste treponêmico e 31,8% apresentaram teste reagente. Entre as pacientes, 21% relataram já ter tido sífilis previamente. O esquema de tratamento em 74,7% foi penicilina benzatina 7.200.000 UI. O tratamento concomitante do parceiro era desconhecido em 46% dos casos e confirmado em 33%. Na avaliação neonatal, 95 recém-nascidos apresentaram VDRL positivo; desses, 33% apresentaram titulação maior que a diluição de 1:8. No desfecho gestacional, houve quatro decessos fetais e dois abortamentos. **Conclusão:** Apesar de recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, o controle da sífilis na gestação mostra-se um desafio. O rastreamento da infecção durante o pré-natal nem sempre acontece em momento oportuno e a taxa de reinfecção materna é significativa, mostrando que orientações para prevenção ou tratamento não foram realizadas adequadamente.

ABSTRACT

Objective: To know the epidemiological profile, identify risk factors, effectiveness of diagnosis and treatment during prenatal care of patients admitted to the Maternity in Belo Horizonte with a history of syphilis, in order to act preventively towards the local population. **Methods:** Cross-sectional study, retrospective study, with analysis of medical records and a database of congenital syphilis notifications and in pregnant women obtained between January/2017 and December/2019, referring to pa-

tients admitted for delivery, clinical hospitalization or emergency care. **Results:** 198 pregnant women with an average age of 24 years were identified. Evaluating the prenatal data, 65% were followed up at usual risk with an average of six consultations. In the analysis of the diagnosis, 58% did not have a treponemal test record and 31.8% had a reagent test. 21% of patients reported having previously had syphilis. The treatment regimen in 74.7% was benzathine penicillin 7,200,000 IU. Concomitant treatment of the partner was unknown in 46% of cases and confirmed in 33%. In the neonatal assessment, 95 newborns showed positive VDRL test, of which 33% had a higher titre than the 1:8 dilution. In the gestational outcome, there were four fetal deceases and two abortions. **Conclusion:** Despite simple and low-cost diagnostic and therapeutic resources, controlling syphilis during pregnancy is a challenge. Screening for infection during prenatal care does not always happen in an opportune moment and the rate of maternal reinfection is significant, showing that guidelines for prevention or treatment have not been carried out.

INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de sífilis, com aumento de casos a cada ano. Assim, o desafio de identificar, tratar e orientar a população quanto à adoção de medidas preventivas torna-se uma prioridade de ação em saúde pública.^(1,2) A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), conforme descrito no quadro 1.^(1,3)

A transmissibilidade é maior nos estágios iniciais da doença devido à grande quantidade de treponemas nas lesões (cancro duro e mucocutâneas), diminuindo gradualmente com o tempo de infecção (sífilis latente recente/tardia). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele.⁽⁴⁾ Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença.^(3,5)

O diagnóstico, especialmente quando não há manifestação clínica evidente, é mais frequente durante a gestação devido à realização dos exames de pré-natal. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a ocorrência de sífilis na gravidez apresentou alta de 1.047% e aumento das notificações de sífilis congênita de 135%, entre 2005 e 2013.⁽⁶⁾ Esses números alarmantes levaram as equipes de saúde a concentrarem atenção especialmente à gestante e seu lactente, traçando ações preventivas, medidas de diagnóstico e tratamentos rápidos e eficazes.⁽⁷⁾

A sífilis passou a ser uma doença de notificação obrigatória em 2010. Segundo a Fiocruz, até 2014 o aumento dos casos poderia ser atribuído apenas ao aumento das notificações, o que foi possível pelo aprimoramento do sistema de vigilância e pela ampliação da utilização de testes rápidos.⁽²⁾ No entanto, as curvas de dados

Quadro 1. Manifestações clínicas apresentadas pela sífilis em seus diferentes estágios

Estágio da sífilis	Manifestações clínicas
Primária	Cranco duro Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares e hepáticos
Latente	Assintomática
Terciária	Cutâneas, tais como lesões gomosas e nodulares Ósseas, tais como periostite e osteíte gomosa Cardiovasculares, tais como aortite e aneurisma da aorta Neurológicas, tais como meningite e atrofia do nervo óptico

Fonte: Adaptado de: Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2018 [cited 2019 May 01];49(45). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>⁽¹⁾ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-para-atores-com-infecoes>⁽³⁾

permanecem ascendentes: o número de infectados no país aumentou 48% de 2016 para 2017. Em 2018, foram notificados 13.328 casos de sífilis adquirida. Diante desses fatos, em 2016, as autoridades de saúde reconheceram que o Brasil vive uma epidemia.^(1,3)

A sífilis pode colocar em risco não apenas a saúde do adulto, mas também acometer o feto intraútero ou o recém-nascido com manifestações neonatais ou tardias. Possui um amplo espectro de gravidade, que varia desde a infecção não aparente no nascimento aos casos mais graves, com sequelas permanentes, abortamento e óbito fetal. A taxa de mortalidade pode atingir cerca de 40% nas crianças infectadas.⁽⁴⁻⁶⁾

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento adequado.^(3,6)

A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis favorecem a suspeição clínica, entretanto não há sinal ou sintoma patognomônico da doença. Nas fases sintomáticas, é possível a realização de exames diretos, já os testes imunológicos podem ser utilizados tanto na fase sintomática quanto na fase de latência.^(3,5,8,9)

O Ministério da Saúde preconiza que a sífilis seja rastreada em pelo menos três momentos da gestação: no primeiro trimestre, no terceiro trimestre e no momento

do parto ou em casos de aborto. O teste rápido (TR) de sífilis – principal forma de diagnóstico – está disponível nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. O teste é distribuído pelo Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS) como parte da estratégia para ampliar a cobertura diagnóstica da doença. As gestantes com testes rápidos reagentes deverão ser consideradas como infectadas, e uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para a realização de um teste laboratorial (não treponêmico) – o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), mais comumente utilizado – para confirmação diagnóstica.^(3,5-7,10)

O tratamento é oferecido gratuitamente pelo SUS de forma simples e eficaz. Se realizado adequadamente, tende a ser curativo e preventivo para a ocorrência da sífilis congênita, reduzindo o risco de desfechos desfavoráveis para a criança. Cabe ressaltar que a parceria sexual também deverá ser testada e tratada de forma a evitar a reinfecção da gestante.^(5,6,11,12)

O medicamento de escolha é a penicilina benzatina, que poderá ser aplicada na unidade básica de saúde de referência da gestante. Nas fases primária e secundária, a dose recomendada é de 2.400.000 UI. A maioria das gestantes se encontra assintomática e sem referir histórico prévio de tratamento ou conhecimento da infecção; nessa situação, o diagnóstico é de fase latente indeterminada, devendo ser tratada com 7.200.000 UI. A eficácia da penicilina em prevenir ou tratar a infecção fetal é bastante elevada, sendo o único fármaco que tem capacidade de atravessar a barreira placentária, alcançando o feto e tratá-lo de maneira efetiva.^(5-7,13)

A gestante é considerada adequadamente tratada quando é realizada a administração da penicilina benzatina com o esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis, respeitando o intervalo recomendado entre as doses, desde que o início do tratamento tenha acontecido até 30 dias antes do parto. Além disso, deve-se avaliar o risco de reinfecção e documentar a queda nos títulos do teste não treponêmico. O monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).^(3,5-7)

Diante da epidemia atual, uma maternidade que é referência na assistência a gestantes de alto risco da região metropolitana e está incluída em um cenário que possibilita conhecer o perfil dessas gestantes. Determinar quando ocorreu a infecção, se houve diagnóstico e tratamentos oportunos, tratamento do parceiro e qual o reflexo dessa patologia no recém-nato pode contribuir para a identificação de alguma falha assistencial e promover medidas para redução da infecção adquirida e congênita.

MÉTODOS

Estudo clínico epidemiológico e transversal envolvendo gestantes admitidas em maternidade de alto risco de Belo Horizonte no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019. A identificação dos casos foi realizada por meio do banco de dados da maternidade, onde são inseridas informações de todas as pacientes internadas no serviço e análise das fichas de notificação de sífilis adquirida ou transmissão vertical da comissão de controle de infecção hospitalar da maternidade. Foram analisados os prontuários eletrônicos e físicos das pacientes após aprovação do comitê de ética e pesquisa da instituição. As variáveis selecionadas para responder aos objetivos do estudo correspondem aos dados socioepidemiológicos (faixa etária, escolaridade e estado civil), dados gineco-obstétricos (paridade, local de realização de pré-natal, idade gestacional do parto, peso do recém-nascido e Apgar de 1 e 5 minutos) e dados específicos na identificação do diagnóstico, tratamento e transmissão vertical da sífilis (idade gestacional no momento do diagnóstico, metodologia aplicada – teste treponêmico e não treponêmico –, tratamento realizado pela paciente e parceiro, se houve seguimento terapêutico e reinfecção, avaliação do *status* sorológico do recém-nato e identificação de complicações neonatais precoces antes da alta hospitalar). As informações foram compiladas em planilha criada no programa Microsoft Excel® para posterior análise estatística quantitativa e descritiva por meio de frequências relativas e absolutas.

RESULTADOS

Foram avaliados 201 prontuários de pacientes com diagnóstico de sífilis na gestação, entretanto, devido à identificação de cicatriz sorológica, três prontuários foram excluídos do estudo. A pesquisa contou com a análise de 198 prontuários de pacientes atendidas na maternidade. Dessas pacientes, 58 (29) foram diagnosticadas em 2017, 70 (35,5), em 2018 e 70, em 2019. Foi encontrada no estudo uma variação de idade de 15 a 41 anos, sendo 24 anos a idade média. O percentual de pacientes em cada faixa etária, escolaridade, estado civil e paridade está descrito na tabela 1.

Em relação ao tipo de pré-natal, 65% das gestantes realizaram consulta no risco habitual (PNRH) e 28% foram acompanharam no pré-natal de alto risco, por terem outras comorbidades associadas. Duas pacientes (1%) não realizaram nenhuma consulta durante a gravidez, sendo diagnosticadas com sífilis no momento da admissão na maternidade. Para 5%, não foram obtidas informações sobre o local das consultas, portanto denominou-se como ignorado. O número médio de consultas de pré-natal foi seis, considerando as pacientes que realizaram ao menos uma avaliação ambulatorial. Com relação às informações referentes ao diagnóstico do primeiro rastreio, foi realizado até 14 semanas de

gestação em 51% das pacientes e após 28 semanas em 11% delas. Quanto à metodologia laboratorial utilizada, o teste treponêmico foi feito em apenas 35,3% das pacientes; as demais foram alocadas no grupo ignorado pelo fato de não haver informações anotadas no cartão de pré-natal sobre a realização do exame ou de terem sido consideradas positivas apenas com a realização do teste não treponêmico. Quanto ao tratamento realizado, a penicilina benzatina foi prescrita em 90% dos casos, 6 (3%) gestantes não foram tratadas após o diagnóstico e, quanto a 14 pacientes (7%), não havia dados da gestante ou do neonato no prontuário relativos ao uso da medicação, não sendo possível concluir se houve tratamento e qual a dosagem realizada, sendo alocadas no grupo ignorado. Quanto ao tratamento concomitante do parceiro, tem-se sim em 32,8% dos casos, não em 21,2% e ignorado em 46% (Tabela 2).

Entre as pacientes avaliadas, 20,2% foram reinfectadas durante a gestação, com detecção pelo aumento da titulação do teste não treponêmico utilizado

mensalmente para controle de cura, e necessitaram de novo tratamento. Além disso, 155 (78,3) pacientes não apresentavam histórico de sífilis, enquanto para 19,7% foi relatada história pregressa da doença. Quanto à via de parto, 72% evoluíram para parto vaginal, 24,4% foram cesariana, 3,6% foram ditos ignorados, seja pelo fato de as pacientes terem sido transferidas para outras maternidades ou o parto não ter ocorrido até o final da coleta de dados. A média da idade gestacional ao nascimento foi de 37 semanas (variando de 23 a 41 semanas). Na avaliação neonatal, 95 recém-nascidos apresentaram VDRL positivo; desses, 33% apresentaram titulação maior que a diluição de 1:8. No desfecho gestacional, houve quatro decessos fetais e dois abortamentos.

DISCUSSÃO

Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2019 mostraram que a taxa de detecção da sífilis aumentou de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. No Brasil, a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Somente esse grupo representou 13,8% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes notificados em 2018.⁽¹⁴⁾

Na comparação por sexo, em 2018, as mulheres de 20 a 29 anos alcançaram 24,4% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,1%. Com relação ao tratamento, em 2018, 89,6% das prescrições foram de penicilina benzatina (pelo menos uma dose) e 1,7% referiram-se a outros esquemas. Em 5,2% dos casos, não houve tratamento e em 3,5% não constou informação sobre o tratamento (“ignorado”).

Os dados avaliados nessa pesquisa apresentaram resultados bem semelhantes aos encontrados no boletim epidemiológico de 2019.⁽¹⁴⁾

A maioria das pacientes tinha entre 20 e 24 anos, com média de idade de 24 anos, sendo a grande proporção de multigestas e solteiras. Dados semelhantes foram evidenciados na pesquisa de Silva *et al.*, realizada em uma maternidade do interior do Nordeste entre 2018 e 2019, que encontrou a faixa etária mais acometida entre 20 e 29 anos, multigestas e solteiras.⁽¹⁵⁾ No estudo realizado por Macêdo *et al.*,⁽¹⁶⁾ em 2017, também foi verificado que o risco de ocorrência de sífilis foi maior entre as multigestas. Já no estudo de Roehrs *et al.*,⁽¹⁷⁾ em 2020, a maioria das gestantes eram casadas e multigestas.^(16,17)

Quanto ao nível de escolaridade, o presente estudo apontou que a maioria das pacientes havia concluído o ensino médio, em contraposição ao estudo de Macêdo *et al.*,⁽¹⁶⁾ em que grande parte da amostra apresentou nível de escolaridade fundamental incompleto. Nas pacientes de Roehrs *et al.*,⁽¹⁷⁾ foi evidenciado que a minoria tinha ensino superior completo ou incompleto.^(16,17)

Tabela 1. Perfil socioepidemiológico das gestantes

Perfil socioepidemiológico das gestantes (%)	
Escolaridade	198 (100)
Ensino médio	49,5
Ensino fundamental	24,7
Ensino superior	2,6
Ignorada	23,2
Estado civil	
Solteira	58,1
União estável/casada	37,9
Ignorado	4
Paridade*	
Primigesta	57
Multigesta	42
Ignorada	1

* Primigesta é a mulher com primeira gestação atual e multigesta é aquela com ao menos uma gestação prévia.

Tabela 2. Tratamento de gestantes, dose de penicilina e tratamento de parceiros

Tratamento de gestante e parceiro diagnosticado com sífilis n (%)	
Gestante	198 (100)
Tratadas	178 (90)
Não tratadas	6 (3,0)
Ignorado	14 (7,0)
Dose de penicilina aplicada	
2.400.000 UI	6 (3)
4.800.000 UI	5 (2,5)
7.200.000 UI	167 (84,3)
Tratamento do parceiro	
Tratado	65 (32,8)
Não tratado	42 (21,2)
Ignorado	91 (46)

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, a média foi de seis consultas, semelhante ao encontrado por Silva *et al.*, considerado número adequado pelo Ministério da Saúde.^(15,18)

Para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado um teste treponêmico mais um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (por exemplo: TR, FTA-Abs, ELISA).

Em estudo de revisões de casos de sífilis congênita publicado pela *American Medical Association*, observou-se que, em grande parte das vezes, a transmissão vertical de sífilis poderia ter sido evitada, pois a maioria dos casos ocorreu pela falta de triagem sorológica materna e nova triagem no terceiro, tendo o diagnóstico sido feito apenas no momento do parto.⁽¹⁹⁾

O primeiro rastreio foi realizado até a 14ª semana de gestação em 51% das pacientes, como preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, “as gestantes devem ser testadas na primeira consulta pré-natal, a qual deve ocorrer, idealmente, até 14 semanas” e após 28 semanas em 11% das pacientes (outra idade gestacional em que as pacientes devem ser novamente rastreadas no pré-natal). Nota-se que grande parte das pacientes do estudo não havia descrito a realização do exame treponêmico, sendo o diagnóstico firmado apenas pela realização do teste não treponêmico, o que vai contra as recomendações para fechamento do diagnóstico.

O tratamento prescrito para a maioria dos casos foi a penicilina benzatina na dose de 7.200.000 UI, uma vez que durante a gestação a fase da sífilis em que a paciente se encontra não é clara, considerando-se, portanto, a fase latente tardia da doença.

O regime de tratamento mostrou-se eficaz, pois apenas 20% das gestantes necessitaram de novo tratamento durante a gestação, mesmo naqueles casos em que o tratamento concomitante do parceiro foi ignorado. Entretanto, para considerar a gestante efetivamente tratada, deve-se levar em consideração o adequado tratamento da parceria sexual, já que o não tratamento pode levar à reinfecção. No Brasil, estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais recebam tratamento para a sífilis, sendo, portanto, uma falha da infraestrutura de saúde pública, já que o rastreamento de contato e tratamento é o principal método de controle da transmissão da sífilis na população. Neste estudo observamos 65% de tratamento dos parceiros.⁽²⁰⁾

CONCLUSÃO

Apesar de a sífilis apresentar recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio. Entraves para a realização do seu diagnóstico e tratamento, a dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, a falta de compreensão das pacientes sobre a doença e a

transmissão vertical e os parceiros sexuais que não são diagnosticados/tratados podem ser os focos de abordagem para que se alcance redução no número exorbitante de casos atualmente visto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Núcleo de Pesquisa do Hospital Júlia Kubitschek (NEP), à Maternidade do Hospital Júlia Kubitschek e à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG).

REFERÊNCIAS

1. Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2018 [cited 2019 May 01];49(45). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
2. Revista Radis aborda a epidemia de sífilis [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revista-radis-aborda-epidemia-de-sifilis>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
4. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17073. doi: 10.1038/nrdp.2017.73
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 May 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
6. Fernandes CE, Sá MF, editores. Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2016 [cited 2019 May 01]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECCOYES_NO_CICLO_GRAVIDO_PUERPERAL.pdf
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Sífilis na gravidez [Internet]. 2018 [cited 2019 May 01]. Available from: www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-nagravidez?
8. Ministério da Saúde. Campanha Combate à Sífilis Congênita [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>
9. Ministério da Saúde. Gravidez: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: estratégia para diagnóstico no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 May 01]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf
11. Ministério da Saúde. Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis#>

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Fluxograma de mesa para diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres no pré-natal, parto e puerpério: teste, trate e cure [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/fluxograma-de-mesa-para-diagnostico-de-sifilis-em-mulheres-no-pre-natal-parto-e-puerperio>
13. Wendel GD Jr, Stark BJ, Jamison RB, Molina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. *N Engl J Med*. 1985;312(19):1229-32. doi: 10.1056/NEJM198505093121905
14. Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2019 [cited 2020 Oct 01];(Número Especial). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
15. Silva NC, Carvalho KB, Chaves KZ. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. *Femina*. 2021;49(1):58-64.
16. Macêdo VC, Lira PI, Frias PG, Romaguera LM, Caires SF, Ximenes RA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066
17. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2020;48(12):753-9.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 May 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
19. Rubin R. Why are mothers still passing syphilis to their babies? *JAMA*. 2019;321(8):729-31. doi: 10.1001/jama.2018.20843
20. Magalhães DM, Kawaguchi IA, Dias A, Calderon IM. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008