

# ASPECTOS DA SÍFILIS NA SAÚDE MATERNO E FETAL

Franciele Sousa Elias Silva<sup>1</sup>

Paloma Dias Ferreira<sup>2</sup>

Luiza Diniz Ferreira Borges<sup>3</sup>

## 1. INTRODUÇÃO

O agente causador da sífilis é a bactéria *Treponema pallidum*. Trata-se de uma infecção sexualmente transmissível, que também pode ser transmitida da mãe para o feto por via transplacentária, caracterizando a transmissão vertical (Santos; Yonegura, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu metas globais para a eliminação da sífilis congênita (SC), reconhecendo-a como um grave problema de saúde pública que impacta milhares de gestantes e recém-nascidos em todo o mundo. A eliminação da SC através da prevenção da transmissão vertical é considerada prioridade nas metas globais de saúde (OMS, 2008).

Ao longo da série histórica de 2014 a 2024, a taxa de detecção de sífilis adquirida apresentou crescimento contínuo até 2019, quando atingiu 79,4 casos por 100.000 habitantes. Em 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, observou-se uma queda de 23,2% em relação ao ano anterior, possivelmente associada à redução do acesso aos serviços de saúde e à subnotificação dos casos. A partir de 2021, a tendência de crescimento foi retomada, com incremento de 35,7% entre 2020 e 2021. Nos anos seguintes, esse crescimento tornou-se mais lento, com aumento de 12,5% entre 2022 e 2023 e de 3,2% entre 2023 e 2024 (Gráfico 1).

---

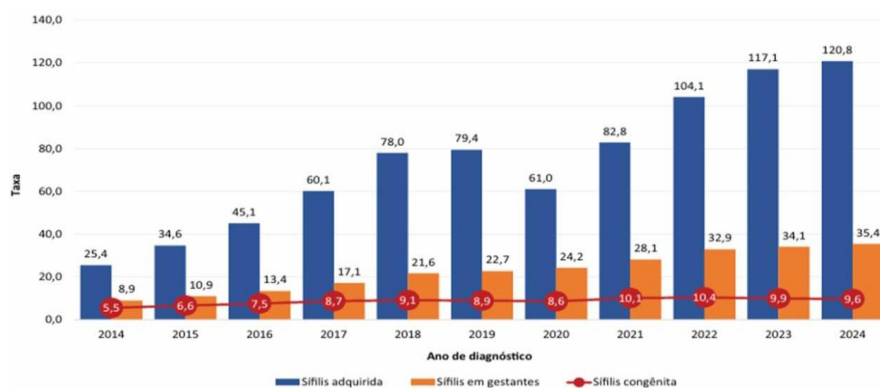
<sup>1</sup> Discente no curso de Biomedicina na Faculdade Presidente Antônio Carlos - francielesousaelias@gmail.com

<sup>2</sup> Discente no curso de Biomedicina na Faculdade Presidente Antônio Carlos - palomadias\_10@hotmail.com

<sup>3</sup> Professora Orientadora - [luiza.borges@unipacuberlandia.com.br](mailto:luiza.borges@unipacuberlandia.com.br)

A taxa de detecção de sífilis em gestantes apresentou tendência geral de crescimento ao longo do período analisado, ainda que com momentos de desaceleração. Em 2019, observou-se aumento de 5,1% em relação a 2018, e em 2020 houve acréscimo de 6,6% em comparação a 2019, comportamento distinto do observado para a sífilis adquirida durante a pandemia de COVID-19. No período pós-pandemia, o crescimento voltou a se intensificar, com aumento de 16,1% em 2021 e de 17,1% em 2022. A partir de 2023, nota-se desaceleração no crescimento das taxas, sugerindo tendência à estabilização em 2024, com incremento de 3,8% entre 2023 e 2024 (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2014– 2024.



Fonte: Brasil, 2025.

A despeito dos esforços para a eliminação da SC como problema de saúde pública, a doença ainda afeta cerca de um milhão de gestantes por ano no mundo. Quando não tratada, pode causar centenas de milhares de mortes fetais, neonatais e infantis precoces. A morbidade e a mortalidade por SC se inserem como causas evitáveis e sensíveis às condições de atenção à saúde da mulher e da criança. Compreender os aspectos envolvidos na transmissão materno-fetal permite tanto identificar os fatores de risco para sequelas e óbitos

infantis quanto o desenvolver estratégias de prevenção e controle (Rocha *et al.*,2021).

A SC é uma doença evitável, de diagnóstico simples e tratamento eficaz e diagnóstico. No entanto, sua ocorrência está fortemente associada à qualidade do pré-natal. Falhas no acompanhamento materno favorecem a persistência da transmissão vertical, evidenciando a necessidade de rastreamento adequado, detecção precoce e acompanhamento efetivo durante toda a gestação (De Souza *et al.*,2022).

Apesar de ser uma doença evitável e tratável, a sífilis gestacional ainda apresenta altos índices de transmissão vertical, com sérias consequências para o feto e o recém-nascido. Essa realidade evidencia a importância de revisar as práticas de assistência pré-natal, integrando equipes multiprofissionais e ampliando o enfoque humanizado e eficaz no cuidado. Discutir estratégias que fortalecem a prevenção e o acompanhamento adequado é essencial para avançar na eliminação da SC como problema de saúde pública.

Esse estudo é uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e discutir produções científicas relacionadas aos impactos da sífilis na saúde materna e fetal. A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Foram utilizadas as palavras-chave [gestação] ou [gestante] e [pré-natal] e [sífilis] ou [*Treponema pallidum*] e [sífilis congênita]. Foram incluídos artigos completos publicados entre 2015 e 2025 nos idiomas português e inglês, que abordam diretamente o Impactos da Sífilis na Saúde Materna e Fetal. Foram excluídos trabalhos indisponíveis na íntegra, que não apresentassem relação com o tema central ou que estivessem desatualizados em relação ao período estabelecido. Após a seleção, os estudos foram lidos na íntegra, analisados criticamente e organizados em tópicos conforme a relevância para os objetivos do trabalho.

O objetivo geral deste trabalho é analisar os impactos da sífilis na saúde materna e fetal, considerando aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e de saúde pública. Os objetivos específicos são:

- Explicar o agente etiológico, as formas de transmissão e a fisiopatologia da sífilis na gestação;
- Identificar as principais manifestações clínicas na gestante e os efeitos no feto e no recém-nascido;
- Revisar os métodos de diagnóstico e os protocolos de tratamento indicados durante a gestação;
- Discutir estratégias de prevenção, impactos sociais e econômicos e políticas públicas voltadas à eliminação da SC, ressaltando o papel dos profissionais de saúde.

## 2. AGENTE ETIOLÓGICO E VIAS DE TRANSMISSÃO

A sífilis é uma IST causada pela bactéria *T. pallidum*. *T. pallidum* é uma bactéria microaerofílica em forma de espiral, pertencente ao grupo das espiroquetas. É exclusiva do ser humano e apresenta grande mobilidade devido à presença de flagelos internos. Embora seja classificada como Gram-negativa, sua membrana externa é atípica, com poucas proteínas expostas e sem lipopolissacarídeos (Lecturio, 2023).

A transmissão da sífilis ocorre por contato sexual desprotegido ou da mãe para o feto durante a gestação e o parto. Essa transmissão materno-fetal é chamada de transmissão vertical e dá origem a SC. O *T. pallidum* possui elevada capacidade de atravessar a placenta, especialmente a partir do segundo trimestre da gestação. O risco de transmissão fetal está relacionado ao estágio da infecção materna, à carga bacteriana e à ausência de tratamento adequado. A SC acontece quando a gestante não é tratada adequadamente ou quando ela é reinfetada pelo parceiro não tratado (De Sousa *et al.*,2021).

### 3. FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Infecções por *T. pallidum* associam-se a perdas gestacionais, sobretudo quando não tratadas (Holanda *et al.*,2022). A transmissão vertical também pode resultar em manifestações precoces ou tardias no recém-nascido, justificando a prevenção (Rocha *et al.*,2021).

A SC ainda é um importante problema de saúde pública, apesar de ser amplamente evitável com assistência pré-natal e tratamentos adequados para compreender o agente etiológico e sua forma de transmissão é essencial para discutir os efeitos dessa infecção no organismo materno (Holanda *et al.*,2022).

#### 3.1 Manifestações Clínicas na Gestante

As manifestações da sífilis na gestante acompanham a evolução natural da infecção. Após um período de incubação de cerca de duas a três semanas, a doença se desenvolve em quatro fases: primária, secundária, latente e terciária (Almeida *et al.*,2023).

Na fase primária, aparece uma ferida única conhecida como cancro duro, localizada no ponto de entrada da bactéria, que pode ser na vulva, vagina, colo do útero, pênis, ânus, boca ou em outras regiões da pele. Essa lesão costuma surgir entre 10 e 90 dias após o contato com o *T. pallidum*. É indolor, não coça, não arde, não apresenta pus e pode estar associada a aumento dos gânglios na virilha. Mesmo sem tratamento, tende a desaparecer espontaneamente em duas a oito semanas (Almeida *et al.*,2023; Brasil, 2024).

A fase secundária ocorre entre seis semanas e seis meses após o desaparecimento da lesão inicial e apresenta sintomas mais generalizados. A gestante pode ter febre, cansaço, dor de cabeça, aumento dos linfonodos e manchas avermelhadas na pele, que geralmente não coçam e podem aparecer até nas palmas das mãos e

plantas dos pés (Almeida *et al.*,2023; Brasil, 2024).

Depois da fase secundária, a sífilis pode evoluir para a fase latente, que não apresenta sinais ou sintomas. Essa fase é dividida em duas: latente recente, quando a infecção tem menos de um ano, e latente tardia, quando passa de um ano. A duração é variável e, mesmo sem sintomas, a gestante continua infectada e pode transmitir a doença ao bebê (Almeida *et al.*,2023; Brasil, 2024).

Se não for tratada, a infecção pode progredir para a fase terciária, que pode surgir entre 2 e 40 anos após o contágio inicial. Nessa etapa, podem aparecer lesões gomosas em diferentes órgãos, comprometimento do sistema nervoso central, alterações cardiovasculares e problemas ósseos e cutâneos. As inflamações crônicas e o processo de cicatrização podem causar deformidades, sequelas permanentes e, em casos graves, até levar ao óbito (Almeida *et al.*,2023; Silva *et al.*,2024; Brasil, 2024).

A sífilis pode ter efeitos graves para a saúde da gestante, como infertilidade, aborto espontâneo, parto prematuro e maior risco de alterações neurológicas. Quando não tratada, a infecção pode ser transmitida ao bebê durante a gestação ou no parto, resultando em complicações como morte fetal, natimorto, parto prematuro, SC e deficiência mental (Chimello, 2022).

### **3.2 Efeitos da Sífilis no Feto e no Recém-Nascido**

As manifestações precoces da doença decorrem de uma infecção sistêmica que compromete diversos órgãos, incluindo a placenta e o cordão umbilical. As principais alterações na placenta incluem acúmulo de linfócitos e células plasmáticas em áreas focais, inflamação nas vilosidades coriônicas e necrose do cordão umbilical. No feto, observa-se endarterite obliterante com um acúmulo de linfócitos e células plasmáticas ao redor dos vasos, proliferação de tecido conjuntivo e formação de fibrose e gomas, podendo resultar

em isquemia, gangrenar devido a oclusão dos vasos (Silva *et al.*,2024).

O controle da SC é fundamental devido às complicações que a doença pode causar ao recém-nascido. A maioria das crianças nasce assintomática, mas os sinais da SC podem surgir até os 2 anos de idade, sendo classificados como SC precoce, ou após essa fase, como SC tardia. Os sintomas geralmente envolvem alterações na pele, ossos, olhos, audição, sistema nervoso, dentes, além de alterações nos exames laboratoriais. Em casos graves, a infecção pode resultar em óbito fetal ou neonatal (Rocha *et al.*,2021).

No recém-nascido e no feto, a SC pode causar diversas alterações clínicas, como: pênfigo nas mãos e pés; lesões cutâneas planas; inflamações ósseas, como periostite ou osteíte, com limitação de movimentos; dificuldade respiratória, com ou sem pneumonia; secreção nasal sanguinolenta; icterícia; anemia e alterações hematológicas, como leucocitose ou leucopenia; manchas cutâneas; edema; convulsões; sinais de inflamação cerebral; deformidades ósseas, como tibia em lâmina de sabre e articulações aumentadas, além de alterações faciais, como fronte proeminente e nariz em sela; alterações dentárias típicas, como dentes de Hutchinson e molares em forma de amora; rachaduras periorais; micrognatia e palato ogival; inflamações oculares; surdez neurossensorial e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Mesmo entre os sobreviventes, podem ocorrer sequelas permanentes, como déficits cognitivos, visuais e auditivos (Castro, 2023). As Figuras 1 a 4 ilustram algumas dessas complicações.



**Figura 1** – Hepatomegalia e distensão abdominal em recém-nascido com sífilis congênita.

**Fonte:** CIC Caxias, 2015.



**Figura 2** – Riníte sífilítica em recém-nascido, caracterizada por secreção nasal espessa e sanguinolenta.

**Fonte:** CIC Caxias, 2015.



**Figura 3** – Lesões cutaneomucosas em sífilis congênita, com acometimento de face, mãos e pés.

**Fonte:** Mon't Alverne, 2015.



**Figura 4** – Dentes de Hutchinson, alteração dentária típica da sífilis congênita tardia.

**Fonte:** Lema Dental Clinic, 2025.

#### 4. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NA SAÚDE MATERNO-FETAL

O diagnóstico da sífilis deve integrar sinais e sintomas, histórico de infecção, investigação de exposição recente e resultados laboratoriais, permitindo uma avaliação correta de cada caso (Brasil, 2021).

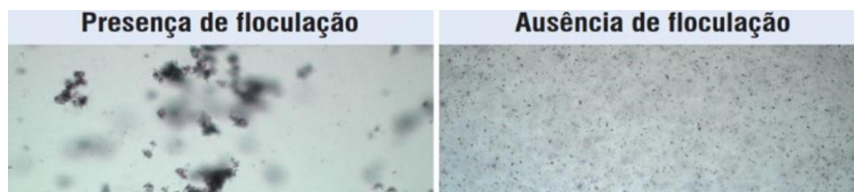
Os sinais e sintomas das fases primária, secundária e terciária podem levantar a suspeita clínica, mas não são exclusivos da sífilis, o que torna indispensável a confirmação por exames diretos ou imunológicos (Brasil, 2021).

O diagnóstico laboratorial da sífilis pode ser realizado por meio de exames diretos ou imunológicos. Os exames diretos buscam identificar o *T. pallidum* diretamente nas lesões, tanto em adultos quanto em crianças, e costumam ser úteis nas fases em que há manifestações ativas da doença. Já os testes imunológicos são os mais utilizados nos serviços de saúde e consistem na detecção dos anticorpos produzidos pelo organismo contra a infecção, podendo ser classificados em treponêmicos e não treponêmicos (Brasil, 2021).

Entre os testes treponêmicos utilizados no diagnóstico da sífilis destacam-se o *Fluorescent Treponemal Antibody–Absorption* (FTA-ABS), que detecta anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum* e apresenta alta precisão por bloquear anticorpos não específicos; o ELISA, que utiliza antígenos do *T. pallidum* para identificar anticorpos no sangue; e os testes de quimioluminescência, nos quais partículas recobertas por antígenos se ligam a anticorpos específicos presentes na amostra. Também são utilizados ensaios de hemaglutinação e aglutinação, como TPHA, TPPA e microhemaglutinação. Além desses, os testes rápidos treponêmicos têm papel relevante por permitirem a identificação de anticorpos de forma prática e acessível, ampliando as possibilidades de rastreamento em diferentes contextos de atenção à saúde (Brasil, 2021).

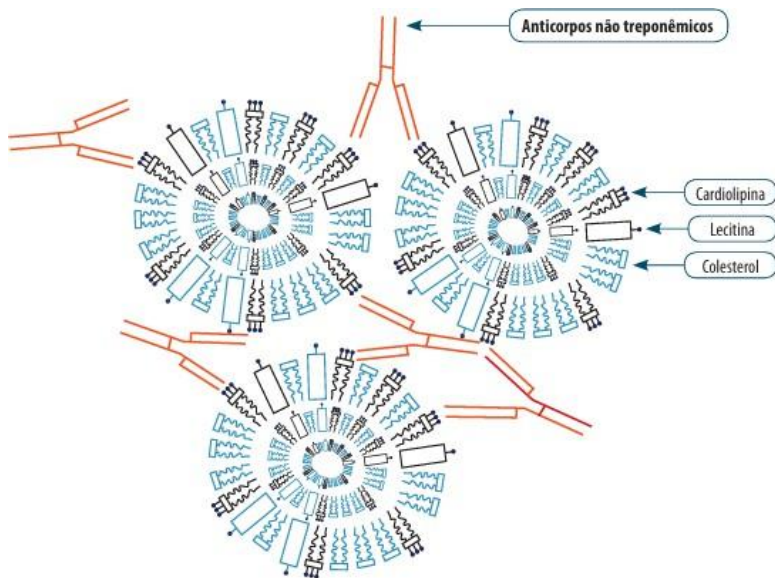
Os testes não treponêmicos, por sua vez, são amplamente utilizados devido ao baixo custo e à possibilidade de fornecer resultados semiquantitativos, permitindo não apenas auxiliar no diagnóstico, mas também acompanhar a resposta terapêutica e o controle da cura. Entre eles, destaca-se o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que utiliza uma suspensão antigênica composta por cardiolipina, colesterol e lecitina purificada, aplicável em amostras de soro ou líquido inativado. Outras variações, como RPR, USR e TRUST, derivam do VDRL e apresentam maior estabilidade da suspensão, sendo também bastante utilizadas na prática clínica (Brasil, 2021).

O princípio dos testes não treponêmicos baseia-se na reação de floculação entre anticorpos produzidos pelo organismo e antígenos lipídicos presentes no reagente. Esses antígenos são compostos principalmente por cardiolipina, colesterol e lecitina, substâncias liberadas a partir de células danificadas durante a infecção. Quando o soro do paciente contém anticorpos não treponêmicos, ocorre a ligação desses anticorpos às micelas antigênicas, formando agregados visíveis ao microscópio ou a olho nu, caracterizando um resultado reagente. Na ausência desses anticorpos, não há formação de flocos, indicando resultado não reagente. A intensidade da floculação pode ser quantificada por meio da titulação do teste, o que permite avaliar a atividade da doença e monitorar a resposta ao tratamento (Brasil, 2021) (Figuras 5 e 6).



**Figura 5** – Observação microscópica da reação de VDRL, evidenciando a presença de floculação (resultado reagente) e a ausência de floculação (resultado não reagente), conforme a interação entre antígeno e anticorpos não treponêmicos.

**Fonte:** BVSMS/Brasil, 2010.



**Figura 6** – Representação esquemática da reação de flocculação nos testes não treponêmicos, demonstrando a ligação dos anticorpos não treponêmicos às micelas formadas pelos antígenos lipídicos (cardiolipina, lecitina e colesterol), resultando na formação de agregados visíveis.

**Fonte:** BVSMS/Brasil, 2010.

O Quadro 1 apresenta as principais características dos testes não treponêmicos descritos. Apesar dessa classificação, existem no mercado variações que combinam diferentes metodologias e recebem nomenclaturas distintas. Por isso, é essencial seguir as instruções do fabricante sobre quais amostras podem ser usadas e como realizar os testes com rigor e qualidade (Brasil, 2021).

**Quadro 1** – Características gerais dos testes não treponêmicos para sífilis.

Características	Testes			
Tipos de amostras que podem ser utilizadas	VDRL	RPR	USR	TRUST
Líquido cefalorraquidiano	Sim	Não	Não	Não
Plasma	Não	Sim	Não	Sim
Soro	Sim	Sim	Sim	Sim
Características dos testes	VDRL	RPR	USR	TRUST
<b>Exige inativação da amostra?</b>	Sim	Não	Não	Não
Antígeno pronto para uso?	Não	Sim	Sim	Sim
Exige leitura em microscópio?	Sim	Não	Sim	Não
Permite leitura a olho nu?	Não	Sim	Não	Sim
Estabilidade da suspensão antigênica	8 horas	Meses	Meses	Meses

**Fonte:** Brasil, 2021.

O Quadro 2 apresenta a interpretação conjunta dos testes treponêmicos e não treponêmicos utilizados no diagnóstico da sífilis. Essa associação é importante porque cada tipo de teste fornece informações diferentes. Os testes treponêmicos indicam se houve contato com o *Treponema pallidum*, enquanto os testes não treponêmicos ajudam a avaliar se a infecção está ativa, por meio da titulação dos anticorpos. Quando ambos os testes são não reagentes, considera-se ausência de infecção. Já o teste treponêmico reagente com teste não treponêmico não reagente pode indicar infecção passada já tratada ou contato prévio sem doença ativa. Títulos baixos nos testes não treponêmicos, associados a testes treponêmicos reagentes, costumam representar cicatriz sorológica. Por outro lado, títulos iguais ou superiores a 1:4, com teste treponêmico reagente, indicam doença ativa e necessidade de tratamento. Assim, a correta interpretação dos resultados permite diferenciar infecção ativa, infecção anterior e possíveis resultados falso-positivos, orientando adequadamente a conduta clínica.

**Quadro 2** – Interpretação combinada dos testes treponêmicos e não treponêmicos no diagnóstico da sífilis.

Teste não Treponêmico (VDRL / RPR)	Teste Treponêmico (FTA-abs; IFI; etc)	Significado
Não Reagente	Não Reagente	Sem doença, sem contato prévio
Não Reagente	Reagente	Contato Prévio (sem doença)
1:2	Reagente	Cicatriz sorológica (curado)
1:2; 1:4	Não Reagente	Falso Positivo
≥ 1:4	Reagente	Doença Ativa

Fonte: Freitas, 2025.

Durante a gestação, a ultrassonografia pode revelar sinais sugestivos de infecção, como aumento do fígado e do baço, espessamento da placenta, excesso de líquido amniótico, presença de líquido livre no abdômen e aumento da velocidade do fluxo sanguíneo na artéria cerebral, o que pode indicar anemia fetal (Silva *et al.*,2024).

O teste rápido (TR) para sífilis, disponível no SUS, é prático, de baixo custo, não exige estrutura laboratorial e fornece resultados em até 30 minutos, podendo ser realizado nas consultas de rotina do pré-natal. Trata-se do principal método de rastreamento, sendo distribuído pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde como estratégia para ampliar o diagnóstico. Resultados positivos devem ser confirmados com teste laboratorial não treponêmico (Brasil, 2021).

As crianças com suspeita de SC devem ser investigadas ainda na maternidade ou na Atenção Primária à Saúde. A avaliação deve incluir a história materna, a qualidade do pré-natal realizado, fazer exame físico do recém-nascido e a realização de exames complementares, incluindo radiografias e testes laboratoriais comparativos entre a mãe e o bebê. O diagnóstico precoce é fundamental para garantir o início oportuno do tratamento e oferecer à família um plano adequado de acompanhamento (Brasil, 2021; De Souza Morais *et al.*,2022).

## 5. TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTANTE

A benzilpenicilina benzatina é o tratamento de escolha para sífilis, sendo a única droga comprovadamente segura e eficaz durante a gestação. Ela atua inibindo a síntese da parede celular bacteriana. Em não gestantes, podem ser usadas alternativas, como a doxiciclina e a ceftriaxona, embora sejam consideradas opções secundárias. O Ministério da Saúde disponibiliza a benzilpenicilina benzatina nos serviços públicos de saúde, medida essencial para prevenir a transmissão vertical (Paula *et al.*,2022).

Na sífilis primária, secundária ou latente recente (até um ano de duração) recomenda-se a dose única de 2,4 milhões de unidades internacionais (UI) de benzilpenicilina benzatina, por via intramuscular (Fonte *et al.*,2025).

Na sífilis latente tardia (mais de um ano de duração), de tempo indeterminado ou terciária, indica-se 2,4 milhões de UI da benzilpenicilina benzatina, por via intramuscular, uma vez por semana durante três semanas, totalizando 7,2 milhões de UI. Em não gestantes, o intervalo entre doses pode ser de até 14 dias; em gestantes, deve ser rigorosamente semanal, sem possibilidade de atraso (Fonte *et al.*,2025).

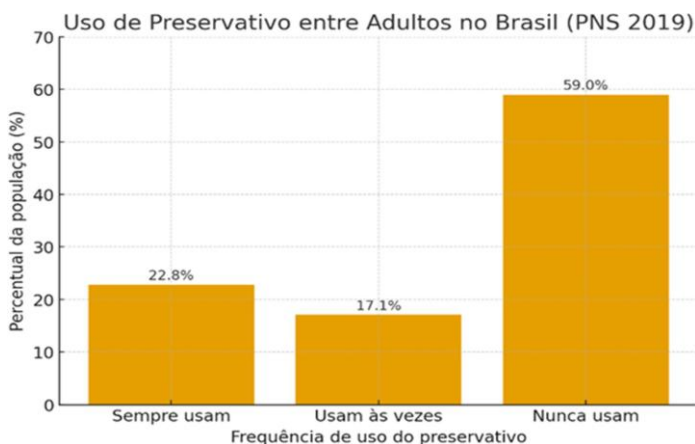
O tratamento dos parceiros sexuais é essencial para evitar novas infecções e reduzir os riscos de transmissão vertical e complicações no bebê (Fonte *et al.*,2025). Quando a gestante e o parceiro são diagnosticados, ambos devem seguir o mesmo esquema usado para a sífilis adquirida. É importante que o casal evite relações sexuais até o fim do tratamento. A gestante precisa fazer exames mensais de VDRL para acompanhar a resposta e, se o tratamento for interrompido, deve ser reiniciado (Nascimento; Juskevicius, 2022).

## **6. PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS MATERNO-FETAL**

Em 2017 foi sancionada a lei 13.430/2017, que institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita, celebrado no terceiro sábado de outubro. A data, conhecida como “Outubro Verde”, tem o objetivo de ampliar a conscientização sobre a importância do diagnóstico e tratamento adequados da sífilis, especialmente durante o pré-natal, reforçando o combate à transmissão vertical (Brasil, 2017).

A OMS tem promovido ações de prevenção voltadas à ampliação do uso de preservativos, distribuídos gratuitamente pelo SUS, como medida essencial para reduzir a transmissão de ISTs, incluindo a sífilis. Diante da queda do uso de preservativos nos últimos anos, especialmente entre os jovens, é fundamental manter e expandir continuamente essas estratégias de prevenção (Brasil, 2025).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, entre pessoas com 18 anos ou mais que tiveram relação sexual, apenas 22,8% relataram usar preservativo em todas as relações, 17,1% afirmaram usar às vezes e 59% disseram não utilizar em nenhuma ocasião. Esses dados reforçam a importância das campanhas de conscientização e do fácil acesso a preservativos, distribuídos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde, sem exigência de documentos de identificação ou limite de quantidade (Brasil, 2025).



**Gráfico 2** - Pesquisa Nacional De Saúde 2019. Fonte: Brasil, 2025.

A educação sexual desempenha um papel fundamental na prevenção da sífilis, pois contribui para a redução das infecções e das gestações não planejadas. O acesso à informação e a atuação efetiva dos profissionais de saúde são essenciais para fortalecer o planejamento familiar e garantir um acompanhamento pré-natal adequado (Silveira *et al.*,2025).

Mesmo com avanços nas estratégias de prevenção, a sífilis gestacional ainda persiste como um desafio de saúde pública no Brasil e em outros países da América Latina. A persistência dos casos está relacionada à falta de informação sobre a doença no país e às falhas na assistência pré-natal, evidenciando a necessidade de compromisso político contínuo para priorizar a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (Silveira *et al.*,2025).

O rastreamento sorológico deve ser realizado no primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação, bem como no momento do parto, utilizando testes treponêmicos e não treponêmicos, conforme as diretrizes de saúde pública (Brasil, 2022).

O risco de transmissão vertical é maior nas fases iniciais da infecção, podendo atingir até 80% dos casos em gestantes não tratadas. A detecção precoce e o tratamento com penicilina benzatina são essenciais para reduzir o risco de SC e prevenir complicações para a mãe e o bebê (Silveira *et al.*,2025).

Após o nascimento, o bebê deve ser avaliado clinicamente e por exames laboratoriais para investigar possível infecção. O acompanhamento contínuo é essencial para garantir a resposta terapêutica e evitar recidivas. O aconselhamento sobre prevenção e a importância do tratamento adequado devem fazer parte da rotina do cuidado pré e pós-natal (Alves *et al.*,2024).

A sífilis gestacional e congênita são doenças de notificação compulsória, e o registro dos casos é fundamental para o monitoramento epidemiológico e o fortalecimento das ações de prevenção (Alves *et al.*,2024).

## **7. IMPACTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Diversos desafios sociais, como barreiras socioeconômicas e o estigma associado às ISTs, dificultam o acesso das gestantes a um cuidado adequado. A pobreza, a baixa escolaridade e as limitações no acesso aos serviços de saúde estão entre os principais fatores que comprometem a prevenção e o tratamento da sífilis na gestação. Além disso, o preconceito relacionado às ISTs pode levar muitas mulheres a evitarem o diagnóstico e o acompanhamento durante o pré-natal (Alves *et al.*,2024).

Dados epidemiológicos mostram que a SC ainda está presente em diversas regiões do mundo, mesmo com as medidas para prevenção e controle disponíveis. Estudos indicam que sua incidência varia muito conforme a região e grupos socioeconômicos, mostrando que é preciso ter estratégias específicas. Fatores como dificuldade em acessar serviços de saúde, condições financeiras precárias e falta de informações sobre sexo e reprodução estão frequentemente ligados a um aumento nas taxas dessa doença (Cardoso *et al.*,2023).

Além dos impactos na saúde, a SC também gera custos significativos para o SUS e para as famílias, devido aos custos com

internações, tratamento prolongado e acompanhamento médico de crianças afetadas. Estudos brasileiros mostram gastos relevantes com internações por SC e repasses do SUS específicos para esses casos (Carvalho *et al.*,2024; Canto *et al.*,2021).

As mulheres em situação de vulnerabilidade econômica enfrentam maiores riscos, pois estão mais expostas a contextos de desigualdade social e podem ter menor autonomia para negociar o uso de preservativos ou buscar atendimento de saúde. Além disso, a saúde mental exerce influência importante: mulheres emocionalmente equilibradas tendem a adotar comportamentos mais seguros e preventivos (Giacomin, 2020).

Esses fatores reforçam a importância de promover uma educação em saúde contínua, iniciada ainda na escola e baseada em uma abordagem integral que contemple corpo, mente, gênero, sexualidade e contexto social. Essas ações favorecem o autoconhecimento, o equilíbrio emocional e o empoderamento feminino, fundamentais para reduzir a vulnerabilidade e promover a autonomia nas decisões de saúde (Giacomin, 2020).

As sequelas da SC podem comprometer o desenvolvimento físico e cognitivo, demandando acompanhamento médico e terapêutico por períodos prolongados, o que impacta a qualidade de vida e a inclusão social das famílias. Estudos nacionais relatam atrasos no desenvolvimento em crianças com SC e maior necessidade de acompanhamento e hospitalizações (Teixeira *et al.*,2024).

Por fim, a eliminação da SC exige políticas públicas integradas: ações de prevenção, diagnóstico e tratamento devem estar articuladas entre atenção básica, vigilância e educação em saúde. Diretrizes oficiais e iniciativas regionais na América Latina reforçam a importância dessa abordagem intersetorial para avançar rumo à eliminação da transmissão vertical (Brasil, 2022).

## 8. POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

A principal proposta para combater a sífilis é a "Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis", que visa reduzir o número de casos da doença adquirida, a sífilis em mulheres grávidas e eliminar a sífilis congênita no Brasil (Miranda et al., 2021).

Segundo o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a principal forma de combater a sífilis no Brasil é o "Projeto Sífilis Não" esse projeto tem como objetivo reduzir a sífilis as ações do projeto são divididas em quatro áreas principais: Gestão e Governança, Cuidado Integral, Vigilância e Educomunicação. Parte do projeto inclui a criação de uma rede de apoio que reúne pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS. Para melhorar o cuidado e promover uma colaboração mais eficaz melhorar a qualidade do atendimento (Miranda et al., 2021).

A OMS lançou, em 2007, a iniciativa global para eliminar a transmissão vertical da sífilis. O objetivo é reduzir os casos para menos de 50 por 100.000 nascidos vivos até 2030. As metas incluem garantir que pelo menos 95% das gestantes realizem pelo menos uma consulta no pré-natal, sejam testadas para sífilis e recebam tratamento adequado quando diagnosticadas (OMS, 2007).

A sífilis adquirida, a sífilis em gestantes e a SC são doenças que precisam ser comunicadas obrigatoriamente às autoridades de saúde. Essa notificação é essencial para controlar epidemias, acompanhar a quantidade de casos e realizar ações preventivas que contribuam para reduzir a incidência da doença no país (Domingues, 2020).

Em 2021, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B (PETV), com metas alinhadas às estratégias globais da OMS. O plano tem como

foco ampliar a testagem no pré-natal, garantir o início imediato do tratamento em gestantes diagnosticadas e fortalecer a vigilância e o acompanhamento dos recém-nascidos expostos (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde implementou estratégias para aprimorar a vigilância da sífilis em gestantes, ampliando o acesso e a disponibilidade de testes rápidos para diagnóstico na Atenção Básica. A combinação dessas ações no pré-natal aumenta as chances de cura materna e reduz o risco de exposição fetal ao *T. pallidum* (Paula *et al.*, 2022). Apesar dos avanços, ainda persistem barreiras estruturais no SUS, como a falta de insumos laboratoriais, atrasos na entrega de medicamentos, falhas na testagem de parceiros e carência de capacitação contínua das equipes de saúde. Esses fatores dificultam o controle efetivo da sífilis materno-fetal (Brasil, 2021).

A promoção à saúde sobre as ISTs deve ressaltar a importância da prevenção da sífilis e de outras doenças, incentivando o uso de preservativos, a redução do número de parceiros e a ampliação do acesso à informação. É fundamental adotar medidas educativas e informativas para reduzir os casos de sífilis, como campanhas de conscientização (“Dia D”) voltadas à população. Também é importante promover atualizações e capacitações periódicas para os profissionais da saúde sobre os protocolos de diagnóstico, tratamento e manejo adequado dos pacientes (Marques; Morais, 2022).

A efetividade dessas políticas depende da integração entre protocolos clínicos, vigilância epidemiológica e ações educativas, garantindo o acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento oportuno da sífilis na gestação.

## **9. O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM SÍFILIS**

Os profissionais de saúde devem participar de capacitações periódicas e de processos de educação permanente, voltados à melhoria da comunicação entre as equipes e as gestantes, favorecendo

a adesão ao pré-natal e a compreensão sobre sua importância. É essencial que esses profissionais estejam comprometidos com a promoção da saúde, oferecendo assistência integrada, de boa qualidade e humanizada tanto às gestantes quanto aos seus parceiros. O objetivo é assegurar que mais pessoas sigam os protocolos de cuidado, desde a notificação obrigatória até o tratamento (Marques; Morais, 2022).

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho reforça a relevância da sífilis materno-fetal como uma infecção persistente que, mesmo sendo prevenível e tratável, ainda representa um importante desafio para a saúde pública. A análise realizada destacou a importância do diagnóstico laboratorial e do acompanhamento gestacional para prevenir a transmissão vertical do *T. pallidum*.

A sífilis materno-fetal é amplamente evitável quando há detecção precoce e tratamento adequado durante o pré-natal, incluindo o acompanhamento e o tratamento do parceiro. O diagnóstico laboratorial precoce, realizado por meio de testes treponêmicos e não treponêmicos, tem papel essencial nesse processo. O biomédico exerce papel fundamental na realização, interpretação e controle de qualidade dos exames laboratoriais, além de contribuir para a educação em saúde e o apoio à vigilância epidemiológica.

Apesar dos avanços, persistem desafios como a subnotificação de casos, falhas na triagem pré-natal e baixa adesão ao tratamento. Esses fatores demonstram a necessidade de fortalecer a integração entre os serviços laboratoriais e as unidades de atenção básica, ampliando a cobertura e a eficácia das estratégias de controle.

Conclui-se que a eliminação da sífilis materno-fetal depende do esforço conjunto entre profissionais de saúde, gestores e sociedade, com ênfase na qualificação dos serviços laboratoriais,

na educação continuada das equipes e no comprometimento com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. C. P.; LIMA, L. P.; DIAS, J. P. G.; FIGUEIREDO JÚNIOR, H. S. Sífilis gestacional: epidemiologia, patogênese e manejo. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 8, e13861, ago. 2023. DOI: 10.25248/REAMed.e13861.2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e13861.2023>. Acesso em: 29 set. 2025.

ALVES OLIVEIRA, J. I. et al. Assistência à gestante com sífilis no pré-natal: um estudo de revisão. *Periódicos Brasil – Pesquisa Científica*, Macapá, v. 3, n. 2, p. 889–897, 2024. DOI: 10.36557/pbpc.v3i2.126. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/126/123>. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2021*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim-sifilis-2021.pdf>. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis\\_estrategia\\_diagnostico\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf). Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde lança campanha nacional de combate à sífilis adquirida e congênita em 2021*. Brasília, DF, 14 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/outubro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-combate-as-sifilis-adquirida-e-congenita-em-2021>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Para aumentar uso de preservativos no país, Ministério da Saúde diversifica oferta de camisinhas no SUS*. Brasília, DF, 13 ago. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/para-aumentar-uso-de-preservativos-no-pais-ministerio-da-saude-diversifica-oferta-de-camisinhas-no-sus>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para sífilis gestacional e congênita*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. ISBN 978-65-5993-234-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico: Sífilis 2025*. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-da-sifilis.pdf>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_certificacao\\_elimina](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao_elimina)

acao\_trasmissoao\_vertical\_hiv\_sifilis.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Manual técnico para o diagnóstico da sífilis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_sifilis\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_sifilis_1ed.pdf). Acesso em: 27 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sífilis. Saúde de A a Z*. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>. Acesso em: 30 jun. 2025.

BRASIL. Senado Federal. *Lei cria o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita*. Brasília, DF, 3 abr. 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/04/03/lei-cria-o-dia-nacional-de-combate-a-sifilis-e-a-sifilis-congenita>. Acesso em: 1 out. 2025.

CANTO, S. V. E.; ARAÚJO, M. A. L.; ALMEIDA, R. L. F.; CUTRIM, B. E. C. Custo das internações hospitalares por sífilis congênita no Estado do Ceará. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. 1, p. 311–318, 2021. DOI: 10.1590/1806-93042021000100016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hdm6nXXnhJ863LJZQVbh6rc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2025.

CARDOSO, A. M. S. et al. Repercussões perinatais da sífilis congênita: uma revisão bibliográfica. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, v. 4, n. 9, e493975, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i9.3975. Disponível em: <https://recima21.com.br/recima21/article/view/3975>. Acesso em: 30 set. 2025.

CARVALHO, L. M. C.; SANTOS, V. C. F.; MACHADO, M. G. P.; RAMOS, A. R. Repasses por internação hospitalar de sífilis congênita em menores de um ano. *Cogitare Enfermagem*, [S. l.], v. 29, e93145, 2024. DOI: 10.1590/ce.v29i0.93145. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/93145>. Acesso em: 27 out. 2025.

CASTRO, L. A. C. *Resultado da pesquisa dos principais agentes infecciosos em material fetal e seguimento pré-natal*. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. DOI: 10.11606/D.5.2023.tde-24112023-125913. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-24112023-125913/>. Acesso em: 29 set. 2025.

CHIMELLO, L. B.; UMEHARA, H. M.; BUENO, A. G. Sífilis congênita com manifestações cutâneas intensas e diversas: relato de caso. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, Campinas, v. 26, supl. 1, e165, jan. 2022. DOI: 10.1016/j.bjid.2021.101901. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101901>. Acesso em: 29 set. 2025.

CIC CAXIAS. *Tema: sífilis congênita*. Caxias do Sul, 18 ago. 2015. Disponível em: <https://ciccaxias.org.br/download/textos/?Arquivo=7fa35f187c99f77ef10a6b89cc32ddf3.pdf>. Acesso em: 1 out. 2025.

DE SOUSA, A. T. et al. Impactos maternos da sífilis durante a gestação: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, p. e6943, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6943>. Acesso em: 29 set. 2025.

DE SOUZA MORAIS, J. S.; PASSOS, M. R. L.; JÚNIOR, J. E. Sífilis congênita: uma enfermidade associada a um pré-natal ineficiente? *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, v. 132, 2022. DOI: 10.5327/JBG-0368-

1416-202200079. Disponível em:  
<https://jbg.emnuvens.com.br/jbg/article/view/79>. Acesso em: 29  
set. 2025.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, supl. 1, e2020547, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2025.

FONTE, V. R. F. et al. Enfrentamento da sífilis em pessoas vivendo em situação de rua: relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1449, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251449237P. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449237P>. Acesso em: 10 mar. 2025.

FREITAS, K. *Como fazer o diagnóstico da sífilis*. 2025. Disponível em:  
<https://www.drakeillafreitas.com.br/como-fazer-o-diagnostico-da-sifilis/>. Acesso em: 1 out. 2025.

GIACOMIN, I. *Vulnerabilidade social e sífilis congênita*. 2020. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) — Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2020.

HOLANDA, R. E. et al. A importância da atuação do enfermeiro frente ao diagnóstico de sífilis congênita no recém-nascido. *Revista Expressão Católica Saúde*, v. 7, n. 1, p. 20–29, 2022. Disponível em:  
<https://publicacoes.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3641>. Acesso em: 30 set. 2025.

LECTURIO. Treponema. In: *Concise Medical Knowledge*. [S. l.]: Lecturio, 2023. Disponível em: <https://www.lecturio.com/concepts/spirochetes-treponema/>. Acesso em: 30 set. 2025.

LEMA DENTAL CLINIC. *Entendiendo los dientes de Hutchinson: qué necesitas saber?* [S. l.], ago. 2025. Disponível em: <https://lemaclinic.com/es/entendiendo-los-dientes-de-hutchinson-que-necesitas-saber/>. Acesso em: 1 out. 2025.

MARQUES, C. C. D. G.; MORAIS, V. Q. Prevenção da sífilis congênita: revisão de literatura. *Revista JOPIC*, v. 5, n. 9, 2022. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/2211>. Acesso em: 30 set. 2025.

MIRANDA, A. E. et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, supl. 1, e2020611, 2021. DOI: 10.1590/S1679-4974202100019.esp1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.esp1>. Acesso em: 4 nov. 2025.

MONTALVERNE, R. *Sífilis congênita*. 2015. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/slideshow/sfilis-congnita-rodrigo-montalverne/68078223>. Acesso em: 1 out. 2025.

NASCIMENTO, C. A.; JUSKEVICIUS, L. F. O papel do enfermeiro na prevenção e controle da sífilis em pacientes gestantes e parceiro(s). *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, Santos, v. 19, n. 55, abr./jun. 2022. ISSN 2318-2083.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Eliminação global da sífilis congênita: justificativa e estratégia de ação*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43782>. Acesso em: 30 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *O relatório mundial da saúde 2008: atenção primária à saúde – agora mais do que nunca*. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: [https://www.paho.org/sites/default/files/PHC\\_The\\_World\\_Health\\_Report-2008.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf). Acesso em: 30 out. 2025.

PAULA, M. A. et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3331–3340, 2022.

PEREIRA, M. V. S. et al. Desafios e intervenções da atenção primária na abordagem da sífilis gestacional. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 2, e15405, 2024. DOI: 10.25248/reas.e15405.2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e15405.2024>. Acesso em: 29 set. 2025.

ROCHA, A. F. B. et al. Complicações, manifestações clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, e20190318, 2021.

SANTOS, V. C.; YONEGURA, W. H. T. Análise epidemiológica da sífilis na gestação em relação com a sífilis congênita nas regiões do Brasil: relação entre o pré-natal e a transmissão da doença. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 1, p.461–475, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i1.12916. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12916>. Acesso em: 21 jun. 2025.

SILVA, S. X.; LEAL, R. T.; GONZAGA, M. R.; JORGE, G. D. Sífilis congênita: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 9, e75446, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n9-280. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/75446>. Acesso em: 29 set. 2025.

SILVEIRA, C. R. R. et al. Medidas de prevenção da sífilis na gestação: uma revisão de literatura. **Revista Foco**, v. 18, n. 4, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n4-137.

TEIXEIRA, K. K. et al. Sífilis congênita na cidade de Natal-RN: análise espaço-temporal e fatores associados ao tratamento inadequado de gestantes. *Revista Foco*, v. 17, n. 9, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n9-162. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n9-162>. Acesso em: 29 set. 2025.