



---

---

**ARTIGO DE REVISÃO**

---

---

**SÍFILIS CONGÊNITA: REPERCUSSÕES E DESAFIOS**  
**CONGENITAL SYPHILIS: REPERCUSSIONS AND CHALLENGES**

Carolina Vaz da Costa<sup>1</sup>  
Isabela Arcipretti Brait dos Santos<sup>2</sup>  
Joyce Matias da Silva<sup>3</sup>  
Thiago Fernandes Barcelos<sup>4</sup>  
Heloísa Silva Guerra<sup>5</sup>

**RESUMO**

Este estudo buscou refletir sobre o atual quadro de sífilis congênita no Brasil, suas repercussões e principais desafios. Foi realizado um estudo reflexivo com revisão da literatura especializada, por meio da busca *on line* entre maio e julho de 2016, nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e Periódicos Capes, e em documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. As publicações deveriam atender aos critérios de terem sido publicadas no idioma português, no período de 2006 e 2016, possuir texto completo disponível *on line* e tratar da temática de interesse do estudo. O crescente aumento do número de casos de sífilis é reflexo, além da melhoria no registro dos casos de infecção, dos comportamentos de risco ao qual os pacientes têm se exposto. A sífilis congênita é uma das mais graves doenças evitáveis da gestação, se realizado um pré-natal eficiente e tratamento qualificado das infectadas. Se a gestante não for diagnosticada e tratada corretamente a transmissão pode ocorrer em qualquer período gestacional e em qualquer estágio da doença. Estudos apontam que altas taxas de transmissão vertical e formas graves da doença, podem estar associadas à baixa qualidade da assistência. A ocorrência de sífilis congênita ainda apresenta níveis preocupantes e constitui-se um desafio para todas as esferas governamentais, profissionais de saúde e população em geral. A detecção precoce, o manejo adequado dos casos e a conscientização da população são os únicos métodos viáveis para promover o declínio dessa doença tão agressiva.

**Descritores:** Sífilis congênita. Gravidez. Saúde Pública.

**ABSTRACT**

This study aimed to reflect on the current framework of congenital syphilis in Brazil, its impact and main challenges. It performed a reflexive study with review of the literature, through online search between May and July 2016 in Medline, Lilacs, Scielo, Google Scholar and Portal.periodicos.Capes, and official documents produced by the Ministry of Health. publications should meet the criteria of being published in Portuguese in the 2006 and 2016 period, have full text available online and deal with the theme of interest to the study. The increasing number of syphilis cases reflects, besides the

---

<sup>1</sup> Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV - Campus Aparecida de Goiânia. (GO) – Brasil. E-mail: carolina\_vaz1@hotmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV - Campus Aparecida de Goiânia. (GO) – Brasil. E-mail: isabela\_brait@hotmail.com.

<sup>3</sup> Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV - Campus Aparecida de Goiânia. (GO) – Brasil. E-mail: joyce\_matias15@hotmail.com.

<sup>4</sup> Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV - Campus Aparecida de Goiânia. (GO) – Brasil. E-mail: thiagothbarcelos@hotmail.com.

<sup>5</sup> Professora mestre da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV - Campus Aparecida de Goiânia. (GO) – Brasil. E-mail: heloisasguerra@gmail.com.



improvement in the recording of cases of infection, the risk behaviors which patients have been exposed. Congenital syphilis is one of the most serious preventable diseases of pregnancy, if carried out an effective prenatal care and qualified treatment of infected. If the pregnant woman is not diagnosed and treated correctly transmission can occur in any pregnancy and at any stage of the disease. Studies show that high rates of vertical transmission and severe forms of the disease may be associated with lower quality of care. The occurrence of congenital syphilis has worrying levels and constitutes a challenge to all levels of government, health professionals and the general population. Early detection, proper management of cases and public awareness are the only viable ways to promote the decline as this aggressive disease.

**Key-words:** Syphilis congenital. Pregnancy. Public Health.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica, de evolução crônica, causada por bactéria espiroqueta, o *Treponema pallidum*. Doença de ampla variedade de apresentações clínicas, é conhecida desde o século XV e seu estudo ocupa todas as especialidades médicas. Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a congênita de notificação compulsória desde 1986 e a gestante, desde 2005<sup>1</sup>. Apesar da existência de um tratamento muito eficaz, a sífilis ainda se mantém prevalente na população<sup>2</sup>.

O contato sexual é a principal via de transmissão, seguido pela transmissão vertical para o feto durante gestação de uma mãe com sífilis não adequadamente tratada. Pode ser transmitida também por transfusão sanguínea<sup>3</sup>. Aproximadamente 30% dos pacientes não tratados tem acometimento tardio do coração, do sistema nervoso central e de outros órgãos que podem se desenvolver após a infecção inicial<sup>4</sup>.

Mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o advento da pílula anticoncepcional, em 1960, fizeram que o número de casos de sífilis aumentasse<sup>5</sup>. Em estudo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>6</sup>, em 2010, foi estimada a ocorrência de 11 milhões de novos casos de infecção por *Treponema pallidum* em adultos entre 15 e 49 anos, sendo a maior incidência no continente africano.

No Brasil, as estimativas da OMS de infecções por sífilis na população sexualmente ativa, a cada ano, são de 937 mil casos<sup>7</sup>, no entanto, a sífilis adquirida não é de notificação compulsória, levando as estimativas dos números de casos dessa doença à subnotificação.

Já a sífilis em gestantes, devido à sua notificação compulsória, apresenta dados fidedignos à realidade. De 2005 a junho de 2014, um total de 100.790 casos de sífilis em gestantes foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em 2014, os dados apontaram 28.226 casos, sendo uma taxa de 9,7 casos de sífilis em gestantes a cada 1.000 nascidos vivos<sup>8</sup>.



Mesmo com o aumento no número de casos diagnosticados, uma grande parte dos casos na gravidez, são tardios. Segundo o SINAN apenas 24,8% dos casos de sífilis foram notificados no primeiro trimestre de gestação e 67,6% a partir do segundo trimestre de gestação. Além de consequências maternas, esses dados também refletem na grande quantidade de casos de sífilis congênita não tratados que atingem os recém-nascidos.

A sífilis congênita, reconhecidamente um problema de saúde pública, merece destaque nas políticas públicas com vistas a diminuir o número de casos da doença e o impacto que o agravo pode causar na mãe e no filho. Essa problemática guarda estreita relação com um pré-natal de baixa qualidade, contrariando a proposta da Rede Cegonha, implementada em 2011, que busca garantir atenção de qualidade à mulher durante a gravidez, parto e puerpério; e à criança, o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis<sup>9</sup>.

O objetivo deste estudo foi refletir sobre o atual quadro de sífilis congênita no Brasil, suas repercussões e principais desafios.

## MÉTODOS

Estudo reflexivo, para o qual se realizou revisão narrativa da literatura, objetivando reunir conhecimentos sobre o tópico em estudo, integrando-o e facilitando sua compreensão<sup>10</sup>.

Foi realizada uma busca *on line* das publicações sobre o tema nas bases de dados: Medline, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e Periódicos Capes e documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. A busca foi realizada entre maio e julho de 2016.

Para serem incluídas no estudo, as publicações deveriam atender aos critérios de terem sido publicadas no idioma português, no período compreendido entre os anos de 2006 e 2016, possuir texto completo disponível *on line* e tratar da temática de interesse para atingir o objetivo do presente estudo. Foram consultadas também outras fontes documentais de referência nas áreas de patologia e ginecologia e obstetrícia.

Após a busca e leitura de todos os títulos e resumos, foram selecionados aqueles julgados pertinentes ao objetivo do estudo. Na etapa seguinte, foram obtidos os textos completos dos artigos que atendiam aos critérios de inclusão, os quais foram submetidos à exaustiva leitura para apreensão e análise de seu conteúdo. Os resultados são apresentados de forma descritiva.



## RESULTADOS

### SÍFILIS

O crescente aumento do número de casos de sífilis é reflexo, além da melhoria no registro dos casos de infecção, dos comportamentos de risco ao qual os pacientes têm se exposto. O surgimento de medicamentos que tratam doenças sexualmente transmissíveis (DST) e que propiciam uma sobrevida maior aos infectados com o vírus HIV levou a população a se tornar mais destemida e menos cuidadosa na prevenção dessas doenças.

O período de incubação, do momento da exposição até o desenvolvimento da lesão primária, é cerca de 21 dias. A lesão inicial, o cancro duro ou protossifiloma, desenvolve-se no local de inoculação, que em 95% dos casos é localizada na região genital. Caracteriza-se por pápula rósea que evolui para vermelho intenso e ulceração. A úlcera é única e indolor, de bordas endurecidas, margens elevadas e fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. O cancro duro regride espontaneamente entre 4 e 5 semanas sem deixar cicatriz<sup>5</sup>.

Após período de latência de 6 a 8 semanas, a doença volta a atividade e acomete pele e órgãos internos, como a sífilis secundária. Na pele, as lesões (sifíides) apresentam-se como máculas eritematosas (rosóela sifilítica) de curta duração. O acometimento das regiões palmares e plantares é característico. Na face, as pápulas se agrupam em volta do nariz e da boca<sup>5</sup>. O quadro pode ser acompanhado de sintomas gerais, como febre, cefaleia, fadiga, adenopatia, alopecia e perda de peso. As lesões desaparecem espontaneamente após 2 a 6 semanas.

Depois um longo período de latência, caso não haja tratamento adequado, a doença poderá evoluir para a fase de pior prognóstico, a sífilis terciária. O paciente desenvolve lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. A característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas. Podem estar acometidos ainda ossos, músculos e fígado<sup>1</sup>.

Os sintomas cardiovasculares se desenvolvem entre 10 a 30 anos após a infecção inicial. É caracterizada em 70% dos casos pela aortite, cujas principais complicações são o aneurisma, a insuficiência da válvula aórtica e a estenose do óstio da coronária<sup>5</sup>.

O quadro clínico no acometimento do sistema nervoso central, maioria dos casos, é inespecífico e similar aos de outras enfermidades. Manifesta-se por convulsões, abalos mioclônicos, hemiparesia, alteração de personalidade, hiperreflexia, ataxia, comprometimento de pares cranianos, sinal de Babinski e pupilas de Argyll Robertson<sup>11</sup>.



A sífilis deve ser investigada sempre que houver suspeita clínica, quando o paciente já for diagnosticado com qualquer infecção sexualmente transmissível (IST), se o parceiro sexual for diagnosticado com IST/sífilis, gestante e paciente com infecção pelo HIV com vida sexual ativa.

## SÍFILIS NA CONGÊNITA

Na gestação, o rastreio da infecção pelo *T. pallidum* deve ser feito com a dosagem de VDRL em cada trimestre na paciente com infecção pelo HIV, no 1º e 3º trimestres em paciente sem infecção pelo HIV, no momento do parto, e em qualquer gestante que der origem a um natimorto com mais de 20 semanas gestacionais<sup>12</sup>.

O diagnóstico da sífilis se faz por meio da anamnese, do exame clínico e da realização de exames complementares com base em análises da lesão, do soro sanguíneo e do líquido cefalorraquidiano (LCR).

Os testes não treponêmicos, VDRL e reação de Wassermann, são úteis para o rastreamento em áreas de alta prevalência de sífilis e para monitorizar resposta ao tratamento clínico. Já os testes treponêmicos, FTA-Abs, hemaglutinação e imunofluorescência, detectam antígenos específicos do *T. pallidum* e são úteis para verificar a positividade do teste não treponêmico. Quando ambos os testes são positivos a probabilidade de doença ativa é alta<sup>12</sup>.

Feito o diagnóstico, deve-se em iniciar o tratamento, essencialmente com penicilina. Na sífilis primária, secundária e latente recente é utilizada a penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Na sífilis latente tardia e terciária é utilizado o mesmo medicamento, exceto pelo fato de que irá ter aplicações semanais, durante 21 dias<sup>13</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a sífilis congênita é uma das mais graves doenças evitáveis da gestação, se realizado um pré-natal eficiente e tratamento qualificado das infectadas<sup>14</sup>. Ela pode ocasionar o óbito fetal, que pode ser considerado quando o feto atinge pelo menos 22 semanas de gestação ou peso igual ou maior a 500 gramas ou aborto quando antes disso.

No Brasil, em 2013, foram diagnosticados 98,0% dos casos de sífilis congênita em neonatos, sendo 96,4% na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observa-se que 92,7% foram classificados como sífilis congênita recente, sendo 0,1% os casos de sífilis congênita tardia, 3,4% os casos de abortos por sífilis e 3,9% os natimortos<sup>15</sup>.

A sífilis congênita pode ocorrer devido à transmissão vertical, por via transplacentária, do *Treponema pallidum* para o concepto, e também durante o parto e a amamentação, se houver o contato do recém-nascido (RN) com lesões maternas.



Se a gestante não for diagnosticada e tratada corretamente a transmissão pode ocorrer em qualquer período gestacional e em qualquer estágio da doença. Mas a maior chance de contágio é especialmente na fase recente da infecção, sendo de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária)<sup>13</sup>. O risco de transmissão cai para 1 a 2% em gestantes diagnosticadas e tratadas. Atualmente constata-se a presença de *T. pallidum* em fetos a partir de 9 semanas de gestação, e dois terços dos recém-nascidos com sífilis congênita serão assintomáticos<sup>16</sup>.

Em geral, os sinais clínicos da sífilis congênita são inespecíficos e discretos. Além disso, os testes podem apresentar falhas e mais de 50% dos casos podem ser assintomáticos. Em razão disso, é difícil de fazer um diagnóstico preciso em recém-nascidos<sup>13</sup>.

Mas ainda é preciso analisar melhor o quadro clínico da sífilis congênita, e para isso divide-se em duas fases: precoce e tardia. A síndrome clínica da sífilis congênita precoce é assintomática em cerca de 70% dos casos e deve ser devidamente avaliada, associando-se a epidemiologia materna, a clínica e exames complementares na criança. Tudo isso, tendo em vista que há muitas dificuldades por suas características inespecíficas e limitações<sup>13</sup>.

É classificada em recente quando o diagnóstico é realizado até 2 anos de idade, onde o curso da doença é similar a sífilis secundária<sup>16</sup>. A criança apresenta frequentemente corrimento e congestão nasal nos primeiros meses de vida e em seguida aparecem erupções bolhosas das palmas, solas dos pés e ao redor da boca, associada ao desprendimento epidérmico; hepatoesplenomegalia e fibrose hepática difusa; anemia hemolítica associada à icterícia; osteocondrite dolorosa e periostite, que afetam todos os ossos, mas lesões do nariz e parte inferior das pernas são mais características. A destruição do vômer causa colapso da ponte nasal e, tardiamente, a deformidade característica do “nariz em sela”. A periostite da tíbia leva a um crescimento novo excessivo de osso nas superfícies anteriores e arqueamento anterior; e há também distúrbio disseminado da formação do osso endocondral, onde as epífises se tornam alargadas a medida que a cartilagem sofre supercrescimento<sup>17</sup>.

Na sífilis congênita tardia, que surge após o 2º ano de vida, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos<sup>18</sup>. As manifestações mais importantes desta fase da doença incluem uma tríade característica de ceratite intersticial, dentes de Hutchinson (dentes incisivos medianos superiores deformados) e surdez do oitavo par craniano. Outras características incluem tíbia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado<sup>13</sup>.



Conceptos de gestantes não tratadas evoluem para óbito fetal em 30%, para óbito neonatal em 10% e para retardo mental em 40%. As gestantes com sífilis primária, secundária ou latente recente apresentam até 66% de fetos com algum acometimento<sup>16</sup>.

No ano de 2013, 74,8% das mães das crianças com sífilis congênita realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal, 18,5% não realizaram nenhuma e 6,7% apresentam informação ignorada. Dentre as que fizeram o pré-natal, 58,7% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 27,8% no momento do parto/curetagem, 9,4% após o parto e 0,5% não tiveram diagnóstico, além de 3,6% de ignorados. Ainda, no grupo de gestantes diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, 12,5% não receberam tratamento, 5,3% receberam tratamento adequado e 71,5% receberam tratamento inadequado. Essa informação é bastante preocupante, visto que a sífilis congênita, por meio de intervenções relativamente simples direcionadas às mães e aos recém-nascidos, pode ser evitada<sup>19</sup>.

#### CENÁRIO ATUAL

Vários países no mundo já possuem, bem estabelecidas, as bases de prevenção da sífilis congênita. Mesmo se constituindo um problema de saúde pública, de maneira geral, as orientações giram em torno de: alto número de consultas pré-natais, testes de detecção rápidos e acessíveis realizados na atenção primária à saúde, tratamento com penicilina e inclusão do medicamento na lista de medicamentos essenciais de todos os países<sup>14</sup>.

O Governo Federal, há muitos anos, vem implementando iniciativas com o objetivo de reduzir o número de casos de sífilis no Brasil. A eliminação da sífilis congênita constitui prioridade global, regional e nacional, reafirmada em vários documentos, como “Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para a Ação”, “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, “Pacto pela Saúde” e “Rede Cegonha”.

Além destas iniciativas, o Ministério da Saúde tem recomendado a formação de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nas Unidades da Federação, capitais e municípios que apresentem elevados números de sífilis congênita. O objetivo é identificar possíveis falhas que propiciam a transmissão vertical da sífilis e propor medidas de correção na prevenção, assistência e vigilância<sup>20</sup>.

De acordo com Domingues et al.<sup>21</sup> as altas taxas de transmissão vertical e formas graves da doença, podem estar associadas à baixa qualidade da assistência, incluindo falhas como: o início tardio do pré-natal, quebra na continuidade do cuidado com mudança de unidade de saúde durante a assistência, dificuldades no diagnóstico da sífilis durante a gestação (ausente em 25% dos casos de



sífilis congênita), falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro; além de falta de orientações sobre a doença e sobre uso de preservativos.

O impacto de uma oferta adequada de serviços de saúde é mais significativo quando se considera que a intervenção de mais curto prazo em saúde pública (duração de nove meses), com alta efetividade dos resultados, previne desfechos adversos da gestação e reduz os gastos com a assistência ao recém-nascido<sup>22</sup>.

A sífilis congênita e as suas consequências podem ser evitadas, se houver o diagnóstico precoce e tratamento adequado. Por isso, em países desenvolvidos são realizados testes sorológicos em todos os bebês, mesmo sem sintomas, com mães com teste positivo para sífilis. No entanto, se uma mulher adquire a doença no final da gravidez, o teste pode ser negativo mesmo se o RN estiver contaminado. E ainda, outros podem ter resultados falso positivos devido à passagem de anticorpos da mãe. Tudo isso, somado a um quadro clínico discreto e problemas de infraestrutura dificultam o diagnóstico e pode afetar gravemente a implementação de programas de prevenção da sífilis em países menos desenvolvidos<sup>14</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de sífilis congênita ainda apresenta níveis preocupantes e constitui-se um desafio para todas as esferas governamentais, profissionais de saúde e população em geral.

O controle da sífilis é essencial para a prevenção de novos casos e, portanto, de suas consequências. Tentar diminuir a prevalência da doença é principalmente importante para impedir possíveis consequências à futura criança.

A detecção precoce, o aconselhamento, o manejo adequado dos casos, incluindo o tratamento da gestante e do parceiro; junto à conscientização do uso do preservativo são os únicos métodos viáveis e bastante acessíveis para se ter o declínio dessa doença tão agressiva.

Os profissionais de saúde são parte essencial desse processo, devendo assumir maior responsabilização perante este problema, e conscientização quanto a atuação em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, colaborando para garantir a integralidade do cuidado, uma das bases do Sistema Único de Saúde.



## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 448 p.
2. Zugaib M, Bittar R., Francisco R. Protocolos Assistenciais Clínica Obstétrica FMUSP. 5th. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.
3. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
4. Goldman L, Ausiello D. Cecil - Tratado de Medicina Interna. 23ª edição. São Paulo: Elsevier, 2010.
5. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006; 81(2):111-26.
6. World Health Organization. Progress report. 2010. [acesso em 05 ago 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData\\_cs\\_pregnancy.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf)
7. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. DST no Brasil. 2016. [acesso em 28 jul 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>.
8. Brasil. Qualidade da notificação da sífilis é discutida em reunião em Brasília. 2016. [acesso em 9 set 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/qualidade-da-notificacao-da-sifilis-e-discutida-em-reuniao-em-brasilia>.
9. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BR). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
10. Polit DF, Beck, CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
11. Caixeta L, Soares VLD, Reis GD, Costa JNL, Vilela CM. Neurosífilis: uma breve revisão. Rev Patol Trop. 2014; 43(2): 121-29.
12. Cleinman IB, May SB. Diretrizes de Atendimento de Sífilis em Adultos. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro; 2012.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de bolso controle das doenças sexualmente transmissíveis DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008. [acesso em 28 jul 2016]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf).
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
16. Zugaib M, Francisco, RPV. Obstetrícia. 2th. ed. São Paulo: Manole, 2012. 1043 p.
17. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins & Cotran - Patologia: Bases patológicas das doenças. 8th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1480p.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública. 2008; 42(4):768-72.
19. Sousa DMN, Costa CC, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oriá MOB, Damasceno AKC. Sífilis Congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. Rev Enferm UFPE on line. 2014; 8(1): 160-5.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
21. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013; 47(1): 147-57.
22. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saúde Pública. 2013; 29(6): 1109-20.