

Sífilis na gestação e sua influência nas complicações materno-fetais

Syphilis in pregnancy and its influence in the complications maternal and fetal

DOI:10.34119/bjhrv3n6-350

Recebimento dos originais:29/11/2020

Aceitação para publicação:29/12/2020

Maria Paula Lacerda Reis

Acadêmica do Curso de Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Nito de Deus Vieira, nº330, Apto: 203 - Bairro Caiçaras, Patos de Minas – MG, Brasil
E-mail: paulinhalreis@hotmail.com

Ana Carolina Ramalho dos Reis

Acadêmica do Curso de Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Nito de Deus Vieira, nº330, Apto: 202 - Bairro Caiçaras, Patos de Minas – MG, Brasil
E-mail: carolramalho@gmail.com

João Gabriel Ferreira Borges Vinhal

Acadêmico do Curso de Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Doutor Marcolino, n 522, ap 601. Bairro: Centro, Patos de Minas – MG, Brasil
E-mail: jjmedx@gmail.com

Luisa Fernandes de Andrade

Acadêmica do Curso de Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua das Orquídeas, n 345 - Bairro: Jardim Paraíso, Patos de Minas – MG, Brasil
E-mail: luisafandrade27@gmail.com

Márcia Kissia de Souza Rosa

Acadêmica do Curso de Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Avenida Marabá, nº4211, casa 393, bairro Bela Vista, Patos de Minas – MG, Brasil
E-mail: marcia_kissia@hotmail.com

Marthius Campos Oliveira Santos

Acadêmico do Curso de Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas. Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos de Minas (2009). Pós-graduado em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família (2011). Preceptor na Faculdade Cidade de Patos de Minas e no SENAC-MG.
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Uberlândia número 100 ap 201 - Bairro Centro, Patos de Minas – MG, Brasil
E-mail: marthius@yahoo.com.br

Rúbia Carla Oliveira

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas.

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Endereço: Rua Jaime Ramos, nº 92, apto 103, bairro Rosário, Patos de Minas – MG, Brasil

E-mail: rubiacoliveira@unipam.edu.br

Marilene Rivany Nunes

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Docente do Centro Universitário de Patos de Minas – MG

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Endereço: Praça Ubalda Soares dos Santos, nº333, bairro Jardim Califórnia, Patos de Minas – MG, Brasil

E-mail: maryrivany@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* e sua forma de transmissão se dá por via sexual, transfusão sanguínea ou por transmissão vertical. Estima-se que há por volta de 12 milhões de novos casos anuais de sífilis, sendo cerca de 1,5 a 1,85 milhões o acometimento em gestantes. **Objetivo:** Identificar o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da Sífilis, bem como discutir os fatores que contribuem para o aumento da incidência dessa patologia. Além disso, analisar suas repercussões na saúde da mãe e do concepto. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica utilizando artigos e livros. Foram incluídos artigos publicados no período compreendido entre 2010 e 2020. **Discussão:** A sífilis é uma patologia infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, curável e exclusiva do ser humano. O curso da doença se divide em quatro estágios de acordo com o tempo de evolução: sífilis primária, secundária, latente e terciária. **Conclusão:** Dentre os fatores que contribuem para o aumento da incidência da sífilis, tem-se a assistência pré-natal falha, falta de adesão do parceiro ao tratamento, problemas com o desabastecimento de penicilina no SUS, falta de conhecimento da infecção e falta de orientação por parte dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: *Treponema Pallidum*, Sífilis, Congênita, Gestante.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a disease caused by the bacterium *Treponema pallidum* and its form of transmission occurs through sex, blood transfusion or vertical transmission. It is estimated that there are about 12 million new cases of syphilis annually, with about 1.5 to 1.85 million being affected in pregnant women. **Objective:** To identify the clinical picture, diagnosis and treatment of Syphilis, as well as to discuss the factors that contribute to the increased incidence of this pathology. In addition, to analyze its repercussions on the health of the mother and the fetus. **Methodology:** This is a bibliographic review using articles and books. Articles published between 2010 and 2020 were included. **Discussion:** Syphilis is an infectious, systemic, chronic, curable and exclusive human condition. The course of the disease is divided into four stages according to the time of evolution: primary, secondary, latent and tertiary syphilis. **Conclusion:** Among the factors that contribute to the increased incidence of syphilis, there is failed prenatal care, lack of partner adherence to treatment, problems with the shortage of penicillin in SUS, lack of knowledge of the infection and lack of guidance from health professionals.

Keywords: *Treponema Pallidum*, Syphilis, Congenital, Pregnant.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* e sua forma de transmissão se dá por via sexual, transfusão sanguínea ou por transmissão vertical, em que a mãe é acometida pela doença e não recebe o tratamento ou não o realiza de forma adequada. Estimativas apontam que há por volta de 12 milhões de novos casos anuais de sífilis, sendo cerca de 1,5 a 1,85 milhões o acometimento em gestantes (CONCEIÇÃO, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a situação do Brasil é preocupante e carece de controle. Tratando-se da sífilis adquirida, em 2019 houve uma taxa de detecção de 72,8 casos por 100.000 habitantes, enquanto que em gestantes foi de 20,8 por 1.000 nascidos vivos. A taxa de incidência de sífilis congênita é de 8,2/1000 nascidos vivos e a de mortalidade é de 5,9/100.000 nascidos vivos. Em nenhum estado a sífilis em gestante superou a sífilis adquirida, refletindo a melhora nas notificações no controle pré-natal, sendo esta uma notificação compulsória no Brasil por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 2020).

Pode-se classificar a sífilis de acordo com a sua manifestação clínica e o tempo de evolução. Nesse contexto, a sífilis recente é aquela com menos de 1 ano de evolução, englobando a sífilis primária, secundária e latente recente, e a sífilis tardia é aquela com mais de 1 ano de evolução, incluindo sífilis latente tardia e terciária (SALOMÃO, 2017).

O diagnóstico da sífilis é realizado por meio de um teste não treponêmico como o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), associado a um teste treponêmico, como o teste de hemaglutinação (TPHA) ou anticorpo treponêmico fluorescente com absorção (FTA- Abs), sendo a ordem de realização a critério do serviço de saúde. Caso o teste rápido seja realizado como triagem, uma amostra de sangue deve ser coletada e encaminhada para a realização de um teste não treponêmico. Durante a gestação, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste (BRASIL, 2015).

O tratamento deve ser realizado com a utilização de penicilina, já que não existe evidência de que nenhuma outra droga consiga tratar adequadamente o feto intra-útero. As doses de penicilina recomendadas são definidas a partir do diagnóstico de infecção recente ou tardia (FEBRASGO, 2018).

Conforme a FEBRASGO (2018), o parceiro sexual deverá ser sempre convocado pelo serviço de saúde para orientação, avaliação clínica, coleta de sorologia e tratamento. O diagnóstico de sífilis numa gestante exige a adoção de programa de acompanhamento intensivo, com ênfase no risco de reinfecção. Frente a esse ponto, recomenda-se a realização de VDRL mensal após tratamento, devendo o uso de condom ser sempre estimulado.

Em virtude da relevância do tema para a atualidade, o presente artigo tem como objetivo uma revisão da literatura, com intuito de identificar o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da Sífilis, bem como discutir os fatores que contribuem para o aumento da incidência dessa patologia. Além disso, analisar suas repercussões na saúde da mãe e do conceito.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica utilizando artigos e livros, disponíveis nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Google Acadêmico; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED) e National Library of Medicine (Medline). Aplicaram-se “Sífilis”, “Gestante”, “Congênita” e “*Treponema Pallidum*” como descritores.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados no período compreendido entre 2010 e 2020, cruzando-se com o descritor Sífilis, incluindo artigos em língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos aqueles de períodos anteriores e que não demonstrassem dados referentes a sífilis congênita.

Foram selecionados 309 artigos e, após a análise criteriosa dos mesmos, através da avaliação do título e leitura do resumo, incluíram-se 19 artigos devido a identificação da relevância para o tema abordado. Fez-se a seleção de artigos epidemiológicos, conceituais e de revisão acerca da Sífilis.

3 DISCUSSÃO

3.1 DEFINIÇÃO E QUADRO CLÍNICO

Sífilis é causada por uma bactéria gram-negativa, anaeróbia facultativa, denominada *Treponema pallidum* (LEVETT et al., 2015). É uma patologia infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, curável e exclusiva do ser humano (BRASIL, 2015). Apresenta transmissão por via sexual, sendo frequentemente denominada sífilis adquirida ou por via transplacentária da mãe para o feto, sendo denominada sífilis congênita. Em casos mais raros, a transmissão pode ocorrer através de hemocomponentes contaminados (COSTA et al., 2010).

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005, já a sífilis congênita (SC) tornou-se um agravo de notificação compulsória em 1986 através de formulário específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 2010). Estima-se que no Brasil apenas 32% dos casos de sífilis em gestantes são notificados, evidenciando a carência de qualidade dos serviços de saúde e do pré-natal (MAGALHÃES et al., 2011).

O curso da doença se divide em quatro estágios de acordo com o tempo de evolução: sífilis primária, secundária, latente e terciária. A sífilis primária manifesta-se por pequena erosão ou ulceração, denominada cancro duro, no local de entrada da bactéria, como pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus e boca. As lesões nessa fase são geralmente únicas, indolores, com base endurecida e fundo limpo, sendo ricas em treponemas. Esse estágio pode durar entre duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea, independentemente de tratamento (BRASIL, 2015).

Na sífilis secundária os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre quatro e doze semanas. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares que sugerem fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas; condiloma plano ou condiloma lata; alopecia em clareira e madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas com intensa atividade imunológica com produção de anticorpos circulantes. A sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento (BRASIL, 2015).

Sífilis latente é um período em que não se observa sintomatologia clínica, entretanto apresenta reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos são nessa fase. A sífilis latente é dividida em latente recente, com menos de um ano de infecção e latente tardia, com mais de um ano de infecção (BRASIL, 2015).

Em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, pode surgir a sífilis terciária. É considerada rara, devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. pallidum* e que levam à cura da infecção. Quando presente, a sífilis nesse estágio manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso, cardiovascular e ortopédico. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas, que são tumorações com tendência a liquefação na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. Estas lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais (BRASIL, 2015).

3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico da sífilis, na ausência de manifestações clínicas, é feito por exames sorológicos. Para o screening são utilizados os métodos não treponêmicos que utilizam antígenos não derivados do agente causal e atualmente o mais utilizado é o VDRL. Sua sensibilidade é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente com até um ano de duração e pode alcançar

uma positividade de 100%, pois estas fases cursam com valores mais altos de titulação no exame quantitativo (BRASIL, 2016).

Os testes não treponêmicos (VDRL, RPR) apresentam a vantagem de serem muito sensíveis e poderem ser titulados, o que auxilia na avaliação de resposta ao tratamento. Entretanto, como se baseiam na detecção de anticorpos anticardiolipina, essas reações podem apresentar resultados falso-positivos (menos de 2%); eles também podem apresentar resultados falso-negativos em até 25% dos indivíduos em fase latente da doença. Os testes treponêmicos (FTAAbs, TPHA, Teste rápido) são específicos para sífilis e confirmam o diagnóstico da doença. Entretanto, mesmo após tratamento adequado eles não negativam, persistindo como marca sorológica da infecção (FEITOSA et al., 2016). Como essa situação é frequente em gestantes, recomenda-se a realização simultânea de testes não treponêmicos e treponêmicos.

A medida mais efetiva para o controle da sífilis congênita consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal organizada e de qualidade (BRASIL, 2010). As atuais recomendações do MS para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2016).

O tratamento da sífilis é fase-dependente, determinado pelos sintomas e perfil sorológico. A droga de primeira escolha é a penicilina e sua dose varia também de acordo com a fase da doença. Na fase primária com cancro duro, utilizam-se 2.400.000 UI de penicilina benzatina via intramuscular, sendo 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação; na secundária, com lesões cutâneas não ulceradas ou na fase latente precoce com menos de um ano de evolução, a opção é por 4.800.000 UI via intramuscular, aplicadas em duas doses com intervalo de sete dias, sendo 2,4 milhões por cada dose, composta por 1,2 milhões em cada glúteo, na mesma aplicação; na fase terciária ou latente tardia com mais de um ano de evolução ou duração ignorada, 7.200.000 UI via intramuscular no mesmo esquema da fase anterior, porém em três vezes (MAGALHÃES et al., 2011).

O tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis também é realizado com penicilina benzatina, tendo como alternativas terapêuticas a doxiciclina e ceftriaxona (BRASIL, 2015). Diversos estudos demonstraram que um dos principais motivos para insucesso do tratamento das gestantes e significativo obstáculo para o controle da sífilis congênita, é a ausência ou inadequação do tratamento do parceiro (LEVETT et al., 2015).

3.3 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DA INCIDÊNCIA DA SÍFILIS

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2020 do Ministério da Saúde, houve uma redução no número total de casos de sífilis gestacional e de sífilis congênita notificados no Brasil. Entretanto, em algumas regiões observaram discreto aumento nesse número, sendo necessário abordar os motivos que corroboram para esta elevação.

A assistência pré-natal constitui uma ferramenta importante para a detecção e tratamento de sífilis gestacional, além de prevenção de sífilis congênita. Apesar de 83% das gestantes infectadas terem realizado pré-natal, apenas 57% foram diagnosticadas durante a gestação (BRASIL, 2020). Com base em um estudo realizado em Belo Horizonte, apenas 14% dos casos de sífilis congênita nasceram de mães que receberam tratamento adequado durante a gestação e somente 11% dos parceiros das mães foram tratados (MASCARENHAS, ARAÚJO, GRAMACHO, 2016). É fundamental a inclusão do parceiro no pré-natal, com o tratamento do mesmo, a fim de evitar a reinfecção da gestante e a ineficácia do tratamento.

A penicilina é o único fármaco seguro e eficaz para tratar sífilis gestacional, além de ser indicada também para tratar sífilis congênita. Nos últimos anos, observou-se problemas na aquisição de matéria-prima para produzir o medicamento, levando ao desabastecimento nos serviços do Sistema Único de Saúde (CARDOSO et al., 2017). Consequentemente, houve aumento da incidência da doença. Com o objetivo de assegurar o tratamento da sífilis, foi recomendado utilizar penicilina apenas nesses casos.

Devido ao não conhecimento da infecção por parte das pessoas infectadas e à ausência de uso de preservativos durante a relação, pode haver transmissão para os contatos sexuais. Somado a isso, a falta de orientação por parte dos profissionais da área de saúde e a falha na solicitação de exames e prescrição do tratamento adequado, contribuem para o aumento da incidência da doença (MASCARENHAS, ARAÚJO, GRAMACHO, 2016).

3.4 CONSEQUÊNCIAS MATERNO-FETAIS DA SÍFILIS

A sífilis apresenta alta transmissibilidade. Quando a gestante não é tratada ou o tratamento se dá de maneira inadequada, a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação e parto. Diante disso, as chances de transmissão giram em torno de 70 a 100%, quando a infecção se manifesta de forma primária ou secundária, e de 30% nas fases latente e terciária (BORBA et al., 2020).

Os possíveis desfechos para o concepto vão depender das seguintes situações: estágio gestacional, estágio da infecção e desenvolvimento do sistema imunológico fetal. Diante desse quadro, as manifestações ocorrem por meio de abortamentos, natimortos e morte perinatal. Na

ausência de tais acontecimentos, ela pode se apresentar de maneira assintomática em neonatos, que poderão apresentar sinais e sintomas em fases posteriores da vida (SOUZA, SANTANA, 2013).

Complementando a afirmação acima, mais de 50% dos casos notificados são assintomáticos ao nascimento. Quando há a presença de manifestações, estas podem ser precoces ou tardias. A apresentação precoce ocorre até o segundo ano de vida e é representada por prematuridade e baixo peso. Enquanto isso, as manifestações tardias irão surgir a partir do segundo ano de vida, sendo responsáveis por maiores agravos à saúde (SOUZA, SANTANA, 2013).

A partir de tal exposto, as manifestações tardias ocorrem em decorrência da cicatrização do processo inflamatório e/ou de uma reação de hipersensibilidade. Os sinais e sintomas relatados são semelhantes às de um adulto que apresenta o estágio terciário da doença (FEITOSA, ROCHA, COSTA, 2016).

Por ser uma IST, a sífilis pode acometer a mãe, o pai e o concepto, acarretando assim, consequências para todo o seio familiar. Sendo assim, diversos aspectos são evidenciados, tais como a infidelidade e a culpa pela transmissão da doença para o filho (VICENTE, 2019). Em estudo realizado em Fortaleza com 20 puérperas que acompanhavam seus recém-nascidos para o tratamento de sífilis congênita, diversos sintomas foram descritos, dentre eles, encontram-se tristeza e sofrimento pelos filhos na hora da realização da medicação (VÍCTOR et al., 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho, identificou-se que o quadro clínico da sífilis ocorre em quatro estágios de acordo com o tempo de evolução da doença, podendo assim ser classificada em sífilis primária, secundária, latente ou terciária. O diagnóstico é realizado por meio de um teste não treponêmico, associado a um teste treponêmico, sendo a ordem de realização a critério do serviço de saúde. Diante de tal exposição, a penicilina é considerada a droga de escolha no tratamento da sífilis, em doses que variam de 2.400.000 UI a 7.200.000 UI a depender da fase clínica em que o paciente se encontra.

Dentre os fatores que contribuem para o aumento da incidência da sífilis, discutiu-se que a assistência pré-natal ainda é falha na identificação e tratamento de tal patologia. Além disso, a falta de adesão do parceiro ao tratamento, problemas com o desabastecimento de penicilina no SUS, falta de conhecimento da infecção e falta de orientação por parte dos profissionais da saúde configuram-se como fatores que contribuem para o aumento do número de casos da doença.

Por fim, foi analisado que abortamentos, natimortos e morte perinatal são possíveis consequências da sífilis para o feto, enquanto consequências psicossociais são geradas para as mães que se sentem culpadas pela transmissão da doença para o filho.

REFERÊNCIAS

- BORBA, B.A.M. et al. As consequências do manejo inadequado da sífilis gestacional: uma revisão de literatura. *Revista de Patologia do Tocantins*. V.7, n.2, p.31-33, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de sífilis. Brasília, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, 2016.
- BRASIL. 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. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. SÍFILIS Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020.
- CONCEICAO, H. N.; CAMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde debate*.v.43, n.123, p.1145-1158, 2019.
- COSTA, M.C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol*. V.85, n.6, p.767-785, 2010.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (FEBRASGO). Sífilis na gestação, 2018.
- FEITOSA, J. A. S.; ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. *Rev Med Saúde Brasília*, v.5, n.2, p.286-297, 2016.
- LEVETT, P.N. et al. Canadian Public Health Laboratory Network laboratory guidelines for the use of serological tests (excluding point-of-care tests) for the diagnosis of syphilis in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. V. 26, p. 6-12, 2015.
- MAGALHÃES, D. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun. ciênc. Saúde*. V. 22, n. 1, p. 43-54, 2011.
- MASCARENHAS, L. E. F. et al. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2016.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015

PORTH, C.M.; GROSSMAN, S. Porth Fisiopatologia. 9ª ed. Guanabara Koogan, 2015.

SALOMÃO, R. Infectologia – Bases Clínicas e Tratamento. 1ª ed. Guanabara Koogan, 2017.

SOUZA, B. C.; SANTANA, L. S. As Consequências Da Sífilis Congênita No Binômio Materno-Fetal: Um Estudo De Revisão. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente. V.1, n.3, p. 59-67, 2013.

VICENTE, J.B. Sífilis congênita: experiências de mães de crianças no cuidado em saúde. 2019. 137. Dissertação (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. Rev. Eletr. Enf. V.12, n.1, p. 113-119, 2010.