

Sífilis congênita no Brasil: importância do diagnóstico precoce e repercussões materno-infantis

Congenital syphilis in Brazil: the importance of early diagnosis and maternal and child health outcomes

Allanis Chaves Moura
Natália Costa Martinez
Julia Martins Rosa
Alcione de Oliveira dos Santos

Resumo

A sífilis congênita constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, decorrente da transmissão vertical do *Treponema pallidum*, principalmente por via transplacentária durante a gestação. Essa infecção pode ocasionar desfechos adversos, incluindo aborto, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e manifestações clínicas no recém-nascido. O presente estudo tem como objetivo analisar as repercussões da sífilis congênita para a saúde materno-infantil, com ênfase na importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado durante a gestação. A revisão aborda aspectos epidemiológicos da doença no Brasil, os desafios relacionados à detecção oportuna da infecção e as dificuldades para garantir a assistência adequada às gestantes e aos recém-nascidos expostos. Também são discutidas as possíveis repercussões psicossociais para as mulheres, incluindo o estigma associado à infecção, desde que sustentadas pela literatura consultada. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, desenvolvida a partir da análise de publicações científicas e documentos oficiais relacionados à sífilis e à assistência materno-infantil. A discussão destaca a importância da testagem durante o pré-natal, do tratamento oportuno da gestante e de suas parcerias sexuais, quando indicado, bem como do acompanhamento clínico e laboratorial dos recém-nascidos expostos à infecção. Conclui-se que o enfrentamento da sífilis congênita requer ações integradas de vigilância epidemiológica, educação em saúde e qualificação da assistência pré-natal e neonatal, visando à prevenção da transmissão vertical e à redução dos desfechos adversos.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Saúde materno-infantil; Vigilância epidemiológica.

Abstract

Congenital syphilis is an important public health problem in Brazil, resulting from the vertical transmission of *Treponema pallidum*, mainly through the transplacental route during pregnancy. This infection may lead to adverse outcomes, including miscarriage, stillbirth, prematurity, low birth weight, and clinical manifestations in the newborn. This study aims to analyze the repercussions of congenital syphilis on maternal and child health, with emphasis on the importance of early diagnosis and appropriate treatment during pregnancy. The review addresses epidemiological aspects of the disease in Brazil, challenges related to the timely detection of infection, and difficulties in ensuring adequate care for pregnant women and exposed newborns. Possible psychosocial repercussions for women are also discussed, including the stigma associated with the infection, when supported by the literature reviewed. This is a qualitative bibliographic study developed through the analysis of scientific publications and official documents related to syphilis and maternal and child health care. The discussion highlights the importance of testing during prenatal care, timely treatment of pregnant women and their sexual partners, when indicated, as well as the clinical and laboratory follow-up of newborns exposed to the infection. It is concluded that addressing congenital syphilis requires integrated actions involving epidemiological surveillance, health education, and the improvement of prenatal and neonatal care, with the aim of preventing vertical transmission and reducing adverse outcomes.

Keywords: Congenital syphilis; Maternal and child health; Epidemiological surveillance.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção com via de transmissão sexual que pode também ser adquirida por contato direto de sangue contaminado com o da pessoa a ser infectada, é causada pelo *Treponema pallidum*. Dessa forma, a sífilis congênita é uma variante em que se encontram mãe e filho contaminados pela bactéria, a patologia pode ser desenvolvida em qualquer etapa da gestação e, se não tratada, gera sequelas à criança e mãe contaminadas (VICTORIA et al., 2020). Estudos apontam que em 2016, a prevalência materna estimada foi 0,69% e foram estimados cerca de 661.000 casos de sífilis congênita (KORENROMP et al., 2019).

Seus sintomas podem variar entre subnutrição, cegueira, surdez, parto prematuro e morte perinatal (KREMENOVÁ, ZÁKOUCKÁ, KREMEN, 2006), ao passo que para a mãe podem surgir sintomas relativos à sífilis primária, secundária ou terciária, tais como condiloma lata, cancro duro, manchas palmoplantares, baixa imunidade e feridas na região íntima (GONZÁLEZ et al., 1992). Invariavelmente, é fundamental a busca da realização do pré-natal durante todo o período gravídico, uma vez que se trata de uma doença curável. No Brasil, há um alto índice de gestantes que carecem de acesso às informações corretas relacionadas à importância do acompanhamento, seja por falta de políticas públicas, seja por dificuldade de cobertura em áreas mais remotas.

As medidas profiláticas ou de redução de danos são feitas, em grande parte, pela atenção básica, no entanto mesmo com o aumento de programas relacionados ao SINAM, como o PMAQ-AB, ainda há um quantitativo alarmante nos casos da sífilis gestacional e congênita nos últimos anos como mostram os dados de boletins epidemiológicos, isto é, considerando também os casos de subnotificação (COSTA et al., 2024). Os testes ofertados pelo SUS incluem o Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) / treponêmico. Recomenda-se testagem no 1º trimestre, no início do 3º trimestre e no momento do parto/aborto, para confirmação com teste treponêmico quando indicado, além de poderem ser refeitos em caso de internação da gestante (BRASIL, 2025), caso confirmado, o tratamento se dá por meio da penicilina G benzatina (WHO, 2019).

Historicamente, sua origem é controversa, houve grande surto europeu no final do séc. XV, embora evidências paleomicrobiológicas indiquem presença pré-colombiana em algumas regiões das Américas. Durante séculos, foi a doença mais temida, com tratamentos rudimentares que incluíam a utilização de mercúrio e demais substâncias tóxicas (WHO, 2022). A transmissão vertical da sífilis, ou seja, da mãe para o bebê durante a gestação ou no momento do parto, foi inicialmente descrita no século XIX, quando se notaram os sintomas nos recém-nascidos. A descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928 e sua posterior introdução no tratamento de sífilis, já na década de 1940, tornaram-na altamente tratável e prevenível (MOORE & MOORE, 1947). Entretanto, as falhas na contenção da doença em gestantes ainda são alarmantes em todo o mundo, especialmente em países com acesso precário aos serviços de saúde (WHO, 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das barreiras para o controle da sífilis na gestação é o início tardio da assistência pré-natal, estando associado também ao menor número de consultas e à menor realização de exames de rotina. Esses resultados demonstram a importância da vigilância na gravidez para a eliminação da sífilis

congenita. Somente a qualificação das ações realizadas durante a assistência pré-natal permitirá a redução da transmissão vertical dessa doença. Esses resultados demonstram a importância da vigilância da sífilis na gravidez para a eliminação da bactéria (DOMINGUES et al., 2020). As projeções futuras indicam que, apesar da baixa na mortalidade, é estimado um aumento exponencial na incidência de sífilis congênita no território nacional (SANTOS, ACOSTA & SILVA, 2024), o panorama ressalta a urgência no diagnóstico correto, acompanhamento e tratamento adequados.

Diante desses agravos, o rastreamento materno e o tratamento adequado durante a gestação são fundamentais para prevenir a transmissão vertical da sífilis e reduzir suas sequelas. Políticas públicas voltadas para a ampliação do acesso ao pré-natal, testagem sorológica ampla e seguimento rigoroso dos casos são essenciais para minimizar a incidência dessa condição evitável. A adesão ao tratamento pelo parceiro também é fundamental, pois a reinfecção materna pode comprometer os esforços de erradicação da doença.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões da sífilis congênita no Brasil, com ênfase na importância do diagnóstico precoce e nos desfechos materno-infantis, considerando sua relevância para o aprimoramento das estratégias de prevenção, diagnóstico e assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica integrativa nas principais bases de dados científicas online *PubMed* (*Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), visando identificar artigos científicos e/ou clínicos indexados relacionados ao tema.

A busca foi conduzida utilizando os seguintes descritores: “agravos da sífilis congênita” e “enfermidades relacionadas à sífilis congênita”. Os artigos selecionados foram analisados quanto à sua relevância atual e contribuição para o entendimento do tema.

Foram considerados artigos publicados entre os anos de 2005 e 2024, não foi descartada a possibilidade de serem utilizados artigos publicados em outros anos, mas com grande relevância. Foram excluídos artigos incompletos ou inconclusivos referentes ao assunto proposto a partir das leituras exploratórias feitas.

Os artigos foram selecionados e alocados por data de publicação. Ademais, foi considerada a identificação numérica do artigo, os autores, o ano de publicação, os objetivos, os resultados e as conclusões dos trabalhos. Em seguida, o conteúdo foi analisado e empregado no desenvolvimento do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Mecanismo fisiopatológico da doença em face de sua gravidade para mãe e recém-nascido.

A sífilis congênita é uma infecção resultante da transmissão vertical do *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta, da mãe infectada para o feto, por via transplacentária. A infecção materna geralmente é adquirida por contato sexual desprotegido com indivíduo infectado, caracterizando a sífilis adquirida, que evolui em três estágios clínicos distintos: primário, secundário e terciário, além de uma fase de latência. Na fase primária, manifesta-se uma lesão ulcerada única e indolor, denominada cancro duro, com base endurecida e rica em espiroquetas, localizada geralmente em regiões genitais, anais ou orais. A fase secundária ocorre semanas após a infecção inicial e é caracterizada pela disseminação hematogênica do agente, com o aparecimento de lesões cutaneomucosas, como o condiloma lata, além de febre, linfadenopatia e mal-estar generalizado (SILVA & RODRIGUES). Durante a fase de latência, o indivíduo permanece assintomático, mas o *Treponema pallidum* persiste no organismo, mantendo o risco de transmissão vertical. Já na fase terciária, surgem manifestações graves e tardias, como neurosífilis, comprometimento cardiovascular e gomas sífilíticas, com potencial de causar lesões irreversíveis (BRASIL, 2022).

Durante a gestação, o risco de transmissão vertical é maior nas fases primária e secundária, variando entre 70% e 100%, devido à alta carga bacteriana circulante. A passagem transplacentária costuma ocorrer a partir da 14^a a 16^a semana de gestação, quando há maior vascularização da placenta. Após atravessar a barreira placentária, o *Treponema pallidum* se dissemina nos tecidos fetais, com predileção por fígado e baço, levando à hepatoesplenomegalia, além de acometer o sistema hematopoiético, ossos, pele, sistema respiratório e sistema nervoso central (GONZÁLEZ et al., 1992). A placenta também é afetada, apresentando-se espessada e edematosa, o que compromete a oxigenação e nutrição fetal. Como consequência, podem ocorrer abortamento espontâneo, natimortalidade, parto prematuro ou o desenvolvimento de sífilis congênita sintomática, caracterizada por anemia, rinite sífilítica, lesões cutâneas e alterações ósseas (MIRANDA et al., 2017).

A gravidade da sífilis para a gestante e para o recém-nascido está diretamente relacionada aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na infecção pelo *Treponema pallidum*. Na gestante a sífilis ativa durante a gestação pode, por vezes, permanecer assintomática, dificultando o diagnóstico precoce. Essa apresentação silenciosa ocorre, em parte, devido à modulação imunológica própria da gravidez, que reduz a intensidade das manifestações clínicas e favorece a persistência da espiroquetemia. Como consequência, aumenta-se o risco de transmissão vertical e de desfechos obstétricos adversos (LESLIE &

VAIDYA, 2024). No feto e no recém-nascido, após atravessar a barreira placentária, o *T. pallidum* desencadeia uma resposta inflamatória sistêmica no feto, a presença da espiroqueta estimula a produção de IgM específica pelo feto, o que confirma infecção intrauterina ativa. A inflamação placentária associada à infecção — incluindo vilosite e vasculite — compromete a troca de nutrientes e oxigênio, agravando o quadro fetal e contribuindo para prematuridade, restrição de crescimento e óbito intrauterino. Mesmo ao nascimento, muitos recém-nascidos podem estar aparentemente assintomáticos, embora mantenham atividade infecciosa subjacente, o que reforça a necessidade de vigilância clínica e sorológica rigorosa nas primeiras semanas de vida (HOLLIER, 2001).

4.2 Principais fatores de risco diante dos dados epidemiológicos sobre a incidência de gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum*.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2024, publicado pelo Ministério da Saúde, entre 2005 e junho de 2024 foram notificados 713.167 casos de sífilis em gestantes no Brasil (BRASIL, 2024). A distribuição geográfica desses casos evidencia a maior concentração na Região Sudeste, responsável por 45,6% das notificações, seguida pelas regiões Nordeste (21,1%), Sul (14,5%), Norte (10,2%) e Centro-Oeste (8,5%).

No ano de 2023, foram registrados 86.111 novos casos de sífilis em gestantes, correspondendo a uma taxa de detecção nacional de 34,0 casos por 1.000 nascidos vivos, o que representa um aumento de 3,3% em relação a 2022. A Região Sudeste apresentou a maior taxa de detecção, com 41,3 casos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a Região Nordeste apresentou a menor, com 24,8 casos por 1.000 nascidos vivos.

Ao longo da série histórica, observa-se que as Regiões Sudeste e Sul mantiveram taxas de detecção consistentemente superiores à média nacional, indicando maior número de diagnósticos nessas áreas.

Quanto à distribuição por Unidade Federativa (UF), destacaram-se as maiores taxas de detecção no Rio de Janeiro (69,5/1.000 NV), Rio Grande do Sul (41,1/1.000 NV) e Amapá (40,2/1.000 NV). Por outro lado, Piauí (14,7/1.000 NV), Paraíba (17,5/1.000 NV) e Maranhão (18,3/1.000 NV) apresentaram os menores índices do país.

Entre as capitais brasileiras, o Rio de Janeiro registrou a maior taxa de detecção, com 86,7 casos por 1.000 nascidos vivos, o que significa que, aproximadamente, nove em cada cem nascidos vivos eram filhos de mães com diagnóstico de sífilis. Em contrapartida, capitais como Teresina (22,5/1.000 NV), Goiânia (26,9/1.000 NV), São Luís (29,2/1.000 NV) e João Pessoa (32,5/1.000 NV) apresentaram índices inferiores à média nacional.

Esses dados reforçam a disparidade regional na incidência da sífilis em gestantes e evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico precoce e tratamento adequado durante o pré-natal (BRASIL, 2024).

Espera-se que esta pesquisa contribua para a compreensão mais profunda das experiências, percepções e desafios enfrentados por gestantes e puérperas diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal e no cuidado com seus bebês. A partir dos relatos obtidos, pretende-se identificar falhas no acolhimento, lacunas na comunicação entre profissionais e usuárias, além de barreiras sociais, emocionais e estruturais que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce e à adesão ao tratamento. Com isso, os resultados poderão subsidiar ações de sensibilização, melhoria na humanização do atendimento e aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da atenção básica à saúde.

4.3 Estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita, incluindo o rastreamento pré-natal, o tratamento da gestante e do parceiro, bem como as políticas públicas, programas de saúde e desafios enfrentados pelos serviços na detecção e manejo da doença.

A sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública no Brasil, exigindo estratégias integradas que articulem rastreamento pré-natal, tratamento adequado da gestante e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is), além de vigilância epidemiológica eficiente e políticas públicas direcionadas. O rastreamento universal no pré-natal com testagem na primeira consulta, repetição no 3º trimestre e testagem no parto em situações de risco é recomendado para detectar infecções maternas e prevenir a transmissão vertical. O diagnóstico e o início imediato do tratamento com benzilpenicilina benzatina para gestantes reagentes são considerados medidas centrais para a redução de casos de sífilis congênita.

A investigação de diretrizes e revisões internacionais mostra convergência quanto à importância da triagem precoce e da reavaliação em gestantes: diretrizes revisadas apontam que a testagem repetida durante a gestação e, quando indicado, testagem no parto aumentam a detecção de sífilis gestacional e são eficazes para reduzir desfechos adversos perinatais quando combinadas com tratamento oportuno. Essas revisões também ressaltam a necessidade de adaptação local das recomendações, formação de equipes e garantia de insumos (penicilina) para implementação efetiva. (Trinh et al., 2019).

O tratamento do parceiro sexual é uma medida epidemiológica essencial para evitar a reinfeção da gestante e promover o controle da cadeia de transmissão. Protocolos nacionais indicam o tratamento simultâneo do parceiro sexual quando a gestante é reagente, com

registro e acompanhamento dos contatos, mas constata-se barreiras práticas à realização deste fluxo tais como dificuldade de acesso dos parceiros aos serviços, resistência sociocultural e lacunas na notificação e no acolhimento que comprometem a efetividade das ações. (Brasil, 2025).

No contexto brasileiro, documentos oficiais e boletins epidemiológicos apontam aumento da detecção de sífilis em gestantes e da incidência de sífilis congênita nos últimos anos, o que torna urgente o fortalecimento da atenção primária, a garantia de testes rápidos e laboratoriais, a disponibilidade contínua de benzilpenicilina e a qualificação das rotinas de vigilância (com registro completo e pesquisas de vulnerabilidade). As análises epidemiológicas mostram variação regional significativa, indicando necessidade de políticas regionais e intervenções focalizadas (Domingues et al., 2021).

Estudos nacionais identificam fatores associados ao tratamento inadequado durante a gestação — baixa escolaridade, vulnerabilidade socioeconômica, coinfeção por HIV, falta de insumo (penicilina) nos serviços e lacunas no cuidado pré-natal — que explicam parte da persistência de casos de sífilis congênita apesar das normas vigentes. Intervenções que atuam sobre esses determinantes sociais (fortalecimento da atenção primária, capacitação profissional, campanhas educativas e facilitação do acesso aos testes e ao tratamento) mostram potencial para reduzir lacunas assistenciais. (Torres et al., 2022).

As políticas públicas brasileiras para prevenção da transmissão vertical (protocolos clínicos, ações de vigilância e campanhas) oferecem enquadramento técnico robusto, no entanto sua efetividade depende de governança local, financiamento, monitoramento e integração entre níveis de atenção (atenção primária, maternidades e vigilância) (Asher et al., 2023). O Boletim Epidemiológico de 2023 e os protocolos clínicos destacam a necessidade de ações integradas: vigilância ativa, auditoria de casos, melhoria do registro em sistemas de informação e medidas educativas dirigidas às gestantes e à comunidade (Brasil, 2023).

Quanto às lacunas na prática assistencial, a literatura aponta três grandes desafios: (1) barreiras de acesso ao pré-natal e diagnóstico precoce; (2) rupturas na cadeia de cuidado — por exemplo, falta de penicilina ou falhas no seguimento dos casos e contatos —; e (3) fatores socioeconômicos e estigma que dificultam a adesão ao tratamento e a testagem de parceiros. Para enfrentar esses desafios são recomendadas estratégias combinadas: garantia de insumos, protocolos padronizados, capacitação contínua, ações de educação em saúde, participação comunitária e fortalecimento dos sistemas de informação para monitoramento e avaliação (Asher et al., 2023).

Desse modo, a prevenção e o controle da sífilis congênita exigem medidas à escala clínica (triagem universal e tratamento imediato), epidemiológica (tratamento de parceiros, vigilância e auditoria), e de saúde pública (políticas de garantia de insumos, capacitação e redução das desigualdades). A combinação de evidência internacional com as diretrizes e dados nacionais aponta para ações integradas e localmente adaptadas como o caminho mais promissor para reduzir a carga da doença no Brasil.

5 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados analisados evidenciam que a sífilis congênita permanece como uma sequência de falhas evitáveis, porém ainda frequente, refletindo falhas persistentes na assistência pré-natal, no diagnóstico oportuno e na condução terapêutica adequada de gestantes e parceiros. A pesquisa confirma que os mecanismos fisiopatológicos da doença explicam o amplo espectro de complicações neonatais descritas, reforçando a gravidade da transmissão vertical e a necessidade de intervenção precoce. A análise dos dados epidemiológicos demonstra que a incidência de sífilis gestacional no Brasil mantém tendência ascendente e apresenta desigualdades regionais significativas, o que confirma a hipótese de que fatores estruturais, sociais e assistenciais influenciam diretamente a ocorrência da infecção. Verifica-se que os principais fatores de risco permanecem associados ao início tardio do pré-natal, à baixa adesão ao tratamento e às limitações na cobertura de serviços de saúde, evidenciando que o objetivo proposto de identificar tais fatores é plenamente atendido.

As estratégias de prevenção e controle avaliadas mostram-se efetivas apenas quando aplicadas de forma contínua e integrada, demonstrando que o rastreamento sorológico adequado, o tratamento imediato da gestante e do parceiro e a qualificação das equipes de atenção básica constituem medidas determinantes para reduzir a transmissão vertical. Assim, confirma-se que os objetivos referentes à análise dessas estratégias e à compreensão dos desafios assistenciais são atingidos. O estudo contribui ao evidenciar que a persistência da sífilis congênita no país decorre menos da ausência de recursos diagnósticos e mais da fragilidade operacional das políticas públicas, da descontinuidade do cuidado e das barreiras sociais enfrentadas por gestantes. Esse achado reforça a importância da reorganização das práticas assistenciais, da vigilância ativa e da educação em saúde como elementos essenciais para o enfrentamento do agravo. Reconhece-se como limitação a dependência de dados secundários e a variabilidade na qualidade das notificações, o que pode influenciar a interpretação da magnitude real do problema. Sugere-se que estudos futuros incluam

investigações de campo, análise de fluxos assistenciais e abordagens qualitativas com gestantes e profissionais de saúde, a fim de ampliar a compreensão sobre as dificuldades operacionais na prevenção da sífilis congênita.

Assim, conclui-se que os objetivos estabelecidos são atendidos e que a pesquisa reafirma a urgência de fortalecer o pré-natal, aprimorar as políticas de testagem e garantir o tratamento adequado como pilares indispensáveis para a redução efetiva da sífilis congênita no território brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABRÃO et al. Análise epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil entre 2019 - 2022. *Revista de Medicina*, v. 103, n. 4, 29 ago. 2024.

ASHER, G. N. et al. Screening for Syphilis Infection During Pregnancy — Systematic review update for USPSTF, *JAMA*, 2025. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2833885>. Acesso em: 13 nov. 2025

BEZERRA, M. L. DE M. B. et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, v. 25, n. 8, p. 1469–1476, 1 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 224 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 13 nov. 2025. Biblioteca Virtual em Saúde MS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Número Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde; out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025. Serviços e Informações do Brasil+1

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2025. Serviços e Informações do Brasil

DE VIGILÂNCIA, S.; SAÚDE, E.; AMBIENTE, E. MINISTÉRIO DA SAÚDE Sífilis 2025. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-da-sifilis.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2025.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections, 2020 — Sífilis. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/77MR3M7865VtMwnp9tTLJtb/>. Acesso em: 13 nov. 2025. SciELO

DOS SANTOS, F. F.; ACOSTA, L. M. W.; DA SILVA, C. H. Sensibilidade e especificidade dos critérios epidemiológicos para definição de caso de sífilis congênita em coorte retrospectiva no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 48, p. 1, 4 dez. 2024.

Fisiopatologia da sífilis congênita- revista científica. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/fisiopatologia>.

HOLLIER, L. Fetal syphilis: clinical and laboratory characteristics. Obstetrics & Gynecology, v. 97, n. 6, p. 947–953, jun. 2001.

KORENROMP, E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLOS ONE, v. 14, n. 2, p. e0211720, 27 fev. 2019.

KREMENOVA, S.; ZÁKOUCKÁ, H.; KREMEN, J. Issues of congenital syphilis in the past twenty years. II. Clinical picture. Klinická mikrobiologie a infekční lékařství, v. 12, n. 2, p. 51–7, abr. 2006.

LESLIE, S. W.; VAIDYA, R. Congenital and Maternal Syphilis. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537087/?utm_source=chatgpt.com.

LÓPEZ, A. I. Un grupo de esqueletos prehispánicos con lesiones sifilíticas sugiere que la enfermedad apareció en América antes de la llegada de Colón. Disponível em: https://elpais.com/mexico/2024-12-20/un-grupo-de-esqueletos-prehispanicos-con-lesiones-sifilíticas-sugieren-que-la-enfermedad-aparecio-en-america-antes-de-la-llegada-de-colon.html?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 17 nov. 2025.

MIRANDA, A. E. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 41, p. 1, 14 abr. 2017.

MOORE, J. E. Penicillin in syphilis, a 1947 appraisal. Transactions of the Association of American Physicians, v. 60, n. 1 vol, p. 172–80, 1947.

ROCA GONZÁLEZ, A. M. et al. Congenital syphilis and syphilitic mothers. Survey of the past 10 years. Anales españoles de pediatría, v. 37, n. 2, p. 135–9, ago. 1992.

SAMPLE, I. Ancient bones shed new light on debate over origins of syphilis. Disponível em: <https://www.theguardian.com/science/2024/dec/18/ancient-bones-debate-origins-of-syphilis-americas-europe>.

Sífilis: Teste Rápido e Tratamento na Gestação. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao/>>.

SILVA, A. B. DA S. E; BEZERRA, K. B.; REZENDE, G. DE O. SÍFILIS CONGÊNITA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NO ÂMBITO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE PÚBLICA. REVISTA FOCO, v. 16, n. 10, p. e3411–e3411, 27 out. 2023.

TORRES, P. M. A. et al. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/M7LhhZh5b56pLCgYBFRYRWx/>. Acesso em: 13 nov. 2025. SciELO

TRINH, T. et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations. BMC Pregnancy and Childbirth, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888020/>. Acesso em: 13 nov. 2025. PMC

TORRES, P. M. A. et al. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/M7LhhZh5b56pLCgYBFRYRWx/>. Acesso em: 13 nov. 2025. SciELO

VICTORIA, A. et al. SÍFILIS CONGÊNITA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO SÉCULO XXI – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. Revista Brasileira Medicina de Excelência, v. 2, n. 5, p. 739–752, 2024.

WHO publishes new estimates on congenital syphilis. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/26-02-2019-who-publishes-new-estimates-on-congenital-syphilis>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Congenital syphilis - Mother-to-child transmission of syphilis. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>>.