



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CAMILA DA SILVA SOUSA  
JAQUELINE DIAS DE JESUS**

**SÍFILIS CONGÊNITA: EVENTO INDICADOR DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA  
PRÉ-NATAL**

**SALVADOR-BA**

**2016**

**CAMILA DA SILVA SOUSA  
JAQUELINE DIAS DE JESUS**

**SÍFILIS CONGÊNITA: EVENTO INDICADOR DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA  
PRÉ-NATAL**

Artigo científico apresentado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como parte dos requisitos para aquisição do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

# SÍFILIS CONGÊNITA: EVENTO INDICADOR DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Camila da Silva Sousa<sup>1</sup>  
Jaqueline Dias de Jesus<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A sífilis é uma doença infecciosa, e tem como principal via de contágio a transmissão sexual e a transmissão vertical, onde a gestante não tratada ou tratada de forma inadequada passa para o feto, podendo gerar abortos, óbitos neonatais e neonatos enfermos. **Objetivos:** Analisar a assistência pré-natal no diagnóstico e controle da sífilis na gestação e identificar o perfil socioeconômico e fatores de risco associado às mulheres gestantes portadoras de sífilis em publicações de 2011 a 2015. **Método:** Revisão de literatura com abordagem qualitativa onde foram incluídos nove artigos coletados através da base de dados SCIELO, LILACS e BIREME. **Resultados:** Com esse estudo foi possível determinar que o problema no funcionamento e a organização da equipe de saúde da atenção básica, além da falha na qualidade do atendimento pré-natal e a inadequação na oferta dos serviços é um dos principais fatores da deficiência da assistência a gestante com sífilis. Além disso, o perfil socioeconômico das gestantes com sífilis é de mulheres negras e pardas, adultas jovens e com baixo nível de escolaridade e renda. **Considerações finais:** A redução da ocorrência de sífilis congênita só será possível quando forem adotadas e aplicadas medidas efetivas de prevenção e controle, dentre estas, a atualização dos conhecimentos técnicos dos profissionais pré-natalistas, a captação e fixação precoce da mulher no acompanhamento, oferta mínima de exames preconizados, garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive do parceiro.

**Palavras Chaves:** Sífilis. Sífilis congênita. Assistência pré-natal. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

---

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Email: [camila22sousa@hotmail.com](mailto:camila22sousa@hotmail.com).

<sup>2</sup>Graduada em Enfermagem pela Universidade Tiradentes (Unit). Email: [jacquedias121@hotmail.com](mailto:jacquedias121@hotmail.com)

## CONGENITAL SYPHILIS: QUALITY DISPLAY EVENT OF PRENATAL CARE

### ABSTRACT

**Introduction:** Syphilis is an infectious disease, and its main contagion via sexual transmission and vertical transmission where the mother untreated or treated improperly passes to the fetus and can cause abortions, neonatal deaths and newborns sick. **Objectives:** To analyze prenatal care in the diagnosis and control of syphilis in pregnancy and to identify the sociodemographic and risk factors associated with women pregnant women with syphilis in 2011 publications to 2015. **Method:** Literature review with qualitative approach which were included nine articles collected through the database SCIELO, LILACS and BIREME. **Results:** In this study we determined that the problem in the functioning and the health team of the organization of primary care, in addition to failure in the quality of prenatal care and the inadequacy in the provision of services is one of the main support of the disability factors the pregnant woman with syphilis. In addition, the socioeconomic profile of pregnant women with syphilis is black and mulatto women, young adults and low level of education and income. **Final Thoughts:** The reduction of congenital syphilis occur will only be possible when adopted and implemented effective measures to prevent and control, among them, updating the expertise of pre-natalist professionals capture and early fixation of women in monitoring, supply minimum recommended examinations, timely and appropriate treatment guarantee, including the partner.

**Key words:** Syphilis. Congenital syphilis. Prenatal care. Sexually Transmitted Diseases.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria gram-negativa e tem como principal via de contágio a transmissão sexual e a transmissão vertical, onde a gestante não tratada ou tratada de forma inadequada passa para o feto, podendo gerar abortos, óbitos neonatais e neonatos enfermos (BRASIL, 2015).

A sífilis na gestação representa um desafio à saúde pública do Brasil e é responsável por altas taxas de morbidade materna, infecção congênita e mortalidade perinatal. É fatocontraditório uma doença de fácil diagnóstico e baixo custo de tratamento apresentar alto índice de incidência no país, principalmente em mulheres na idade reprodutiva, em que as consequências vão além de lesões cutâneas (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Para uma melhor eficiência do rastreio da sífilis em gestante, faz-se necessário que o pré-natal seja iniciado o mais precocemente possível e sejam realizados os exames solicitados. Conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, para o diagnóstico da sífilis a gestante deve realizar testes sistematicamente na ocasião da primeira consulta e outro por volta da 30ª semana e no momento do parto (BRASIL, 2012).

De acordo com a portaria MS/SVS nº33, desde 2005, a sífilis na gestação é uma doença de notificação compulsória e esta deve ser realizada na ocasião do pré-natal se diagnosticado sífilis na gestante. A partir daí, a atenção primária representa grande importância na investigação e tratamento da gestante e de seu parceiro (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT), atualmente a penicilina G Benzatina é droga de escolha para o tratamento de sífilis em todas as fases clínicas. Considera-se tratada inadequadamente a gestante que realize tratamento com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; tratamento inadequado para a fase clínica da doença; tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina; finalização do tratamento 30 dias antes do parto; e parceiros sexuais com sífilis não tratados e/ou tratados inadequadamente. Diante dessas

situações e do não tratamento, o feto está suscetível à sífilis congênita (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2012).

Para Lorenzi e Madi (2001), dentre os fatores de risco que contribuem para a ocorrência da sífilis na gestação e da sífilis congênita estão relacionados principalmente a baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual e a falta de adequada assistência pré-natal.

A transmissão da sífilis da mãe para o feto (transmissão vertical) pode ocorrer pelo canal do parto, mas principalmente intraútero através da disseminação hematogênica do *T. Pallidum*, com taxa de transmissão de até 80%, sendo influenciado também pelo estágio da doença na mãe e pela duração da exposição do feto. Logo, se a gestante apresentar sífilis primária ou secundária há maior possibilidade de transmissão (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita (SC) se manifesta de duas formas: a sífilis congênita precoce que surge até o segundo ano de vida; e a tardia que surge após o segundo ano. Na SC precoce mais da metade das crianças não apresentam sintomas ao nascer e nas que apresentam sinais, estes são discretos e pouco específicos, necessitando assim de avaliação epidemiológica materna criteriosa e estudos de imagem e laboratorial da criança (BRASIL, 2015).

Diante da prática da enfermagem na atenção básica e as dificuldades no diagnóstico de sífilis gestacional no dia a dia das consultas pré-natal, surgiu o interesse em investigar na literatura existente as principais causas e fatores associados à incidência de sífilis congênita relacionada principalmente à assistência pré-natal.

A questão norteadora da pesquisa em tese, parte da concepção entre a possibilidade de acesso simplificado ao diagnóstico e o baixo custo no tratamento da sífilis. Face ao exposto, como, portanto, ainda são diagnosticados tantos casos de sífilis congênita?

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a assistência pré-natal no diagnóstico e controle da sífilis na gestação, bem como de forma específica verificar a relação do acesso e da qualidade à assistência pré-natal; identificar o

perfil socioeconômico e fatores de risco associado às mulheres gestantes portadoras de sífilis.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo se constituiu de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa que tem como objetivo verificar os fatores associados ao pré-natal que favorecem a ocorrência da sífilis congênita.

A identificação e a seleção dos artigos utilizados foram sob consultas às bases de dados eletrônicos LILACS, SCIELO e BIREME. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: sífilis na gestação e sífilis congênita. Com os artigos selecionados foi feita uma leitura analítica a fim de ordenar as informações necessárias buscando atingir os objetivos propostos.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados no período de 2011 a 2015, na língua portuguesa, contendo assuntos sobre o tema abordado. Estes deverão transcorrer sobre os fatores de risco associados a mulheres gestantes portadoras de sífilis, as dificuldades encontradas pelas gestantes no acesso e qualidade do pré-natal, sendo excluídos os que não estavam disponíveis na íntegra e que não contemplam a metodologia em estudo.

A partir do levantamento bibliográfico referido, realizado no período de junho a dezembro de 2015, identificou-se 19 artigos, dos quais nove foram selecionados por atenderem os critérios de inclusão. Os registros foram realizados através de bloco de notas onde os artigos foram fichados e analisados a partir de um quadro comparativo construído pelas autoras contendo as informações acerca dos autores estudados para maior clareza e embasamento das discussões levantadas pela literatura estudada.

A análise do conteúdo foi realizada via leitura sistêmica e interpretativa de artigos relacionados ao tema abordado, buscando identificar pontos de concordância e discordâncias entre os autores sem interferência pessoal. Os resultados foram apresentados de forma descritiva com quadro comparativo de acordo com os objetivos e conclusões dos autores estudados.

A realização deste estudo contemplou os princípios éticos da pesquisa de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em cumprimento à resolução 311/2007. É responsabilidade e dever respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados; disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e à sociedade em geral; promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e nas produções técnico–científicas (COFEN, 2007).

### 3.ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os artigos analisados estão apresentados através de um quadro comparativo, cujo mesmo apresenta: autor, ano de publicação, título, objetivos e tipo de estudo para uma melhor visualização do leitor para a apreciação do estudo.

**Quadro 01.**Características dos artigos selecionados no estudo. (N=9)

<b>Autores / Ano publicação.</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>
Araújo <i>et al.</i> , 2012	Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família	Estimar a incidência da sífilis congênita e identificar sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família	Ecológico observacional
Domingues <i>et al.</i> , 2014	Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil	Analisar a cobertura de testagem para sífilis durante a assistência pré-natal e estimar a prevalência de sífilis na gestação	Coorte

Magalhães <i>et al.</i> , 2013	Sífilis materna e congênita: ainda um desafio	Estabelecer o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em maternidades públicas do Distrito Federal	Descritivo
França <i>et al.</i> , 2015	Fatores associados à notificação da sífilis congênita: indicador da qualidade da assistência pré-natal	Analisar fatores associados à notificação da sífilis congênita	Transversal, documental e quantitativo
Domingues <i>et al.</i> , 2013	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis	Transversal
Domingues <i>et al.</i> , 2013	Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro	Avaliar os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS, e identificar as principais barreiras para a implantação dos protocolos assistências de manejo da sífilis na gestação	Transversal
Saraceni, V.; Miranda, AE., 2012	Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita	Investigar a relação entre a cobertura da ESF nas regiões brasileiras e a razão de casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita observados	Quantitativo
Mesquita <i>et al.</i> , 2012	Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para	Analisar o perfil dos casos de sífilis congênita na cidade estudada	Documental

	a assistência pré-natal.		
Nascimento <i>et al</i> , 2012	Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal	Descrever as características de gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal.	Retrospectivo descritivo

### 3.1 Relação do acesso e da qualidade da assistência pré-natal

Segundo Domingues *et al* (2014), a assistência pré-natal no país é praticamente universal alcançando cobertura de 90%. Para Araújo *et al* (2012) e Magalhães *et al* (2013), apesar da cobertura de consultas pré-natal e das Equipes de Saúde da Família (ESF) abrangerem praticamente todo o território brasileiro, o que ocorre é o problema no funcionamento e a organização da equipe de saúde da atenção básica, além da falha na qualidade do atendimento pré-natal e a inadequação na oferta dos serviços.

Resultados similares foram encontrados no estudo de Nascimento *et al* (2011), afirmando que o óbito fetal por sífilis materna é um fenômeno comum, perpassado por problemas de falha no acesso ao pré-natal, dificuldade de realização dos exames e obtenção do diagnóstico de sífilis gestacional.

Foi encontrado em pesquisa, índice de mulheres que tiveram assistência pré-natal de 98,7%. Destes, 73,6% realizaram acompanhamento no serviço público e 25% na rede privada. Apenas 1,3% não realizaram pré-natal (DOMINGUES, 2014). Noutra pesquisa de menor proporção, foram obtidos resultados similares a anterior, em que 91% realizaram pré-natal e 9% não, que corresponde a apenas seis mulheres, porém, a autora do estudo caracteriza esse percentil de não-cobertura como uma falha (MAGALHÃES, 2013). A última pesquisa citada traz ainda dados do trimestre em que as gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal, em que 55,7% iniciaram no primeiro trimestre; 32,8% no segundo trimestre e 11,5% no terceiro. Não foram encontrados estudos para comparar a estes resultados, porém, esses dados divergem da prática dos profissionais pré-natalistas da atenção básica,

na qual a grande maioria das gestantes iniciam seus acompanhamentos por volta do segundo trimestre.

Outro dado relevante é apresentado na pesquisa de Nascimento *et al*, (2012), mostra que 75% (36) das mulheres admitidas na maternidade onde foi realizado o estudo não possuíam em mãos resultado de VDRL do pré-natal. Foi considerado nesse dado mulheres que não fizeram acompanhamento pré-natal ou não realizaram o exame no pré-natal ou não apresentaram informações.

Apesar do aumento da adesão ao pré-natal, um fator que se expressa preocupante é a idade gestacional em que a realização do exame diagnóstico de sífilis é feito, já que o prognóstico da doença depende diretamente do tempo entre o diagnóstico e tratamento e da exposição do feto ao treponema (FRANÇA *et al*, 2015). Além dessas determinantes, na maioria das vezes o tratamento da sífilis na gestação é inadequado e os parceiros das gestantes em geral não são tratados, levando aos desfechos indesejáveis (FRANÇA *et al*, 2015).

No estudo de Domingues *et al*, (2013) realizado com profissionais de nível superior que atuam na assistência pré-natal, foram destacadas as fragilidades das equipes no manejo de sífilis na gestação e das práticas adotadas na assistência pré-natal principalmente no que tange a questão de solicitação de exames subsequentes ao tratamento; o tratamento do parceiro concomitante ao da gestante; e conduta do profissional frente ao resultado de VDRL com baixa titulação.

Ainda sobre o estudo de Domingues *et al* (2013), os profissionais relataram as barreiras associadas à condução de casos de sífilis na gestação, que são principalmente a dificuldade na abordagem de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), início tardio do pré-natal, baixa adesão às recomendações, não comparecimento do parceiro gerando o não-tratamento do mesmo e a dificuldade na testagem da gestante.

Fator trazido no estudo de Araújo *et al* (2012) aponta falha na qualidade do atendimento prestado que gera um aumento dos casos de SC, é a dificuldade da administração da penicilina na atenção básica e a justificativa para tal, é que as unidades não possuem suporte em casos de reação anafilática ao medicamento. Contudo, segundo a portaria n.º 3.161/2011 do Conselho Federal de Enfermagem, ficou determinado que a administração de penicilina na Atenção Básica deve ser feita nas situações em que seu uso é indicado (por exemplo, tratamento de sífilis) seguindo avaliações clínicas e protocolos vigentes e deve ser administrado pela

equipe de enfermagem, médico e/ou farmacêutico; em caso de anafilaxia, deve-se proceder de acordo com protocolos de urgência da atenção básica.

### 3.2. Perfil socioeconômico e fatores de risco associados às mulheres gestantes portadoras de sífilis

Nos artigos selecionados para a realização dessa pesquisa, foram elencados os que apresentavam descrição de características socioeconômicas das mulheres envolvidas no estudo em dados tabulados. As variáveis/características que apresentaram maior índice estão aqui representadas através de tabelas para melhor ilustrá-las.

**Tabela 1.** Situação socioeconômica das mães das crianças que nasceram com sífilis congênita

<b>Domingues et al, 2012</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>
<b>Faixa etária 20-34 anos</b>	8
<b>Escolaridade 5ª a 8ª série do EF</b>	5
<b>Estado Civil Solteira</b>	7
<b>Ocupação Dona de Casa</b>	4
<b>Uso de drogas Álcool + tabaco + outras drogas</b>	4

**Tabela 2.** Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis sociodemográficas

<b>Magalhães et al, 2012</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária 19-35 anos</b>	36	53,7
<b>Escolaridade Ensino Fundamental</b>	43	64,2
<b>Mora com o parceiro Não</b>	38	56,7
<b>Renda Familiar (salários mínimos) 1-4</b>	54	80,6

**Tabela 3.** Características socioeconômicas das gestantes entrevistadas no estudo

<b>Domingues et al. 2012</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>
<b>Faixa etária</b> <b>20-34 anos</b>	774
<b>Escolaridade</b> <b>Ensino Médio</b>	410
<b>Cor da pele</b> <b>Parda</b>	543
<b>Vive com o companheiro</b> <b>Sim</b>	877
<b>Classe econômica</b> <b>C</b>	785

**Tabela 4.** Características socioeconômicas de 48 casos de sífilis materna e óbito fetal

<b>Nascimento et al., 2012</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b> <b>&lt;20 anos</b>	21	43,7
<b>Escolaridade</b> <b>Fundamental incompleto</b>	24	50

A maior frequência de sífilis na gestação encontra-se em mulheres na faixa etária de 19-35 anos conforme ilustram os estudos. Contudo, a idade menor que 20 anos foi mais frequente no estudo de Nascimento *et al.*, 2012. Mas, confirmando os resultados encontrados, França *et al.* (2015) refere que o maior índice de gestantes acometidas pela sífilis são adolescentes e adultas jovens.

Quanto ao grau de escolaridade, é notório que as mulheres infectadas pelo treponema apresentam estudos incompletos e nunca superiores ao Ensino Médio. Pode-se supor que conheçam pouco ou desconheçam as DST's, o que dificulta a adesão ao tratamento e conseqüentemente a interrupção à cadeia de transmissão da sífilis.

Ao avaliar o quesito de estado civil e/ou morar com o parceiro, surgem questionamentos quanto à possível multiplicidade de parceiros dessas mulheres, já que um valor expressivo destas é solteira ou não possuem parceiro. Em contrapartida, no estudo de Domingues *et al.* (2013) a maioria das mulheres vive com o parceiro. Surge então a problemática citada por diversos autores e o fator de risco importante, que é o não comparecimento do parceiro para tratamento da sífilis concomitante ao da gestante. Dados do Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN) mostram que em 2011 apenas 11,5% dos parceiros nos casos de notificações de Sífilis Congênita foram tratados (Domingues *et al*, 2014). Além disso, boa parte dos profissionais que conduzem o pré-natal apresentam condutas que não são as mais adequadas: não abordando o parceiro, enviando pedido de exame e tratamento pela parceira (DOMINGUES *et al.*, 2013) .

Com unanimidade nos estudos, a classe social e a cor da pele/raça prevalente das mulheres portadoras de sífilis na gestação são baixa renda familiar e de cor parda respectivamente. Um dado que chamou a atenção na tabela 1, são mulheres que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas. Estas estão susceptíveis a outras DST's e conseqüentemente maiores riscos ao feto.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo indicou que a qualidade do pré-natal ofertado para a gestante não é o suficiente para assegurar o tratamento da sífilis, bem como o controle da sífilis congênita, doença que é evitável se corretamente diagnosticada e tratada.

Foi possível associar a ocorrência de sífilis na gestação a mulheres de cor parda, com baixo nível de escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis. E a ocorrência de sífilis congênita à condução inadequada dos casos devido à perda de oportunidades tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento; falta de aconselhamento, ausência do tratamento do parceiro e, infelizmente, o tratamento incorreto dos casos diagnosticados.

Os resultados apontam que a redução da ocorrência de sífilis congênita só será possível quando forem adotadas e aplicadas medidas efetivas de prevenção e controle, dentre estas, a atualização dos conhecimentos técnicos dos profissionais pré-natalistas, a captação e fixação precoce da mulher no acompanhamento, oferta mínima de exames preconizados, garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive do parceiro. Com isso, será alcançada uma melhoria na qualidade e diminuição dos casos de sífilis congênita.

O fato é que a assistência pré-natal tem o poder de mudar o desfecho das gestações e a falta deste pode acarretar em elevação da mortalidade perinatal

consideravelmente, além das implicações maternas. Por fim, reafirma-se mais uma vez, a magnitude do cuidado pré-natal na eliminação da SC.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO *et al.* **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de saúde da Família.** Ver. Saúde Pública, 46(3):497-86, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e Hepatites Virais.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

DOMINGUES *et al.* **Manejo da sífilis na gestação:** conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde coletiva*,18(5):1341-1351, 2013.

\_\_\_\_\_. **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal:** estudo nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*; 48(5): 766-774, 2014.

\_\_\_\_\_. **Sífilis congênita:** evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*, 47(1):147-57, 2013.

FRANÇA *et al.* **Fatores associados à notificação da sífilis congênita:** um indicador da qualidade da assistência pré-natal. *Ver Rene*, maio-jun, 16(3):374-81, 2015.

LORENZI, D.R.S.; MADI, J.M. **Sífilis Congênita como indicador da assistência pré-natal.** *RBGO*, V.23, Nº10, 2001.

MAGALHÃES *et al.* **Sífilis materna e congênita:** ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*; 29(6):1109-1120, jun 2013.

MESQUITA *et al.* **Análise dos casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará:** Contribuições para a assistência pré-natal. *DST- J bras Doenças Sex Transm*, 24(1): 20-27, 2012.

NASCIMENTO *et al.*, **Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal**. Rer. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, pag.56-61, 2012.

**RESOLUÇÃO COFEN Nº 311, DE 08 DE FEVEREIRO DE 2007**. Disponível em:  
< [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)> .  
Acesso em 10 de fevereiro de 2015.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. **Relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita**. CadSaúde Pública, Rio de Janeiro, pag. 490-496, 2012.

**PORTARIA Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011**. Publicado em 27 de dezembro de 2011. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161\\_27\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html)>.  
Acesso em 29 de fevereiro de 2015.