



## DETECÇÃO PRECOCE DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL

Simone Correia dos Santos<sup>1</sup>  
Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho<sup>2</sup>

### RESUMO

A Sífilis é uma doença que preocupa muito, tanto as gestantes como aos profissionais de enfermagem da atenção básica, pois pode levar a probabilidade da existência da Sífilis Congênita que atualmente ocorre com alta incidência, levando a complicações para o bebê e para a genitora. A detecção precoce de sífilis na gestação é o maior indicador de eficácia na resolução do problema, pois quanto antes o tratamento for iniciado menor o risco de se desenvolver a sífilis congênita. Este trabalho foi realizado com o objetivo geral de descrever a importância da detecção precoce da sífilis na gestação no Programa de Saúde da Família como fator de prevenção do aparecimento da sífilis congênita. Como objetivos específicos, enumerar os fatores que inviabilizam o tratamento da sífilis em uma unidade de saúde da família, pontuar a ação do enfermeiro na identificação dos novos casos e condutas adequadas às gestantes com risco de contrair a doença e caracterizar as condutas do enfermeiro diante de casos confirmados de sífilis na gestação. Diante desta questão surge a problemática que questiona como a enfermagem, em uma unidade de saúde da família, pode evitar o surgimento da sífilis congênita. Desta forma foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica em periódicos como Bireme e Scielo visualizando a ação do enfermeiro diante gestantes com diagnóstico de sífilis e as complicações que podem surgir levando a probabilidade do aparecimento da sífilis congênita.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita. Pré Natal. Gestação de Risco.

### ABSTRACT

The syphilis is a disease that worries a lot, so pregnant women as the primary care nursing professionals, it can lead to likelihood of the existence of congenital syphilis that currently occurs with high incidence, leading to complications for the baby and for the genitor. Early detection of syphilis in pregnancy is the biggest indicator of

<sup>1</sup>Enfermeira pela Faculdade FTC e Graduanda do Curso de Especialização Enfermagem Obstétrica pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública.

<sup>2</sup>Coordenadora da Pós graduação em Enfermagem Obstétrica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública e Diretora da Maternidade Tsylla Balbino.

effectiveness in solving the problem, because the sooner treatment is started lower the risk of developing congenital syphilis. This work was carried out with the general aim of describing the importance of early detection of syphilis in pregnancy in the Family Health Program as a factor in preventing the onset of congenital syphilis. Specific objectives, list the factors that prevent the treatment of syphilis in a health unit of the family, punctuate the nurse's action in identifying new appropriate cases and behaviors of pregnant women at risk of contracting the disease and characterize the nurse's conduct before confirmed cases of syphilis in pregnancy. Faced with this question arises the problem that questions such as nursing, in a health unit of the family, can prevent the onset of congenital syphilis. Thus it was carried out a literature review of research in journals as Bireme and Scielo viewing the action of nurses on pregnant women diagnosed with syphilis and the complications that can arise leading to probability of occurrence of congenital syphilis.

**Keywords:** Congenital Syphilis. Pregnancy Period. RiskPregnancy.

## 1. METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado a partir de um estudo de revisão de literatura onde foram consultados periódicos e artigos científicos selecionados através de busca de dois bancos de dados: Scielo e Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs publicações entre 2000 e 2016 em literaturas nacionais. A pesquisa dos artigos científicos foi realizada de maio a agosto de 2016. Foram pesquisadas as palavras-chave: sífilis congênita, pré-natal e gestação de risco. Foi consultada uma amostra de dez artigos científicos sobre a detecção precoce da sífilis congênita durante o processo de pré-natal.

Através da revisão de literatura foram pesquisadas informações referentes ao assunto sífilis e sífilis congênita e os tópicos que focam na situação dos conhecimentos sobre o problema de pesquisa abordado que refere à questão de como a enfermagem, em uma unidade de saúde da família, pode detectar precocemente a sífilis evitando o surgimento da sífilis congênita.

O principal objetivo desta revisão de literatura consistiu em fornecer uma síntese dos resultados de pesquisa, no intuito de auxiliar o profissional nas ações

diagnósticas, e educativas em relação ao que fazer para evitar as complicações advindas de uma gestante com sífilis.

Este trabalho foi realizado com o objetivo geral de descrever a importância da detecção precoce da sífilis na gestação no Programa de Saúde da Família como fator de prevenção do aparecimento da sífilis congênita. Como objetivos específicos, enumerar os fatores que inviabilizam o tratamento da sífilis em uma unidade de saúde da família, pontuar a ação do enfermeiro na identificação dos novos casos e condutas adequadas às gestantes com risco de contrair a doença e caracterizar as condutas do enfermeiro diante de casos confirmados de sífilis na gestação. Diante desta questão surge a problemática que questiona como a enfermagem, em uma unidade de saúde da família, pode evitar o surgimento da sífilis congênita.

Desta forma este estudo reflete a importância das ações de enfermagem em relação à prevenção da sífilis congênita através da detecção precoce da sífilis na gestação durante o pré-natal

## **2. INTRODUÇÃO**

Atualmente o aparecimento da sífilis congênita corresponde a um dos maiores problemas da saúde pública tanto nos países subdesenvolvidos como nos caracterizados como em desenvolvimento o que contradiz ao fato desta doença existir a muito tempo, quase cem anos, e de ser na maioria das vezes, evitável, por um eficaz tratamento. Apesar de no Brasil desde 1966 ser de notificação compulsória, ainda existem muitos casos que ocorrem e não são registrados prejudicando muitas vezes o reconhecimento epidemiológico real (BARSANTI et al., 1999).

A sífilis é uma doença que está sujeita a surtos esporádicos de agudização e latência com um período de ocorrência variável de caso a caso. Quando se identifica casos de sífilis congênita considera-se que houve uma falha na atenção primária no pré-natal, pois a doença é de fácil tratamento e é evitável na maioria dos casos. A equipe de assistência é responsável pela gestante e deve orientar sobre as consequências do não tratamento da mesma e dos parceiros sexuais, devido possíveis consequências para o feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os indicadores de sífilis no Brasil são elevados e geram uma grande preocupação a todos os atores envolvidos com a paciente desde a assistência à

preocupação de cunho político e epidemiológico com as implicações e consequências que a doença pode vir a apresentar (TAYLA et al., 2007).

A sífilis é uma doença que preocupa muito aos profissionais da assistência do pré-natal, pois corresponde a uma séria doença infecto contagiosa que pode ser transmitida através da relação sexual e que pode ser transmitida para o feto verticalmente da mãe para o filho durante o processo gestacional (AVELLEIRA, 2006).

Uma grande preocupação relacionada à sífilis refere-se ao fato da doença apresentar um grande período de latência em que a paciente pode permanecer sintomática e mesmo assim transmitir a doença para o bebê. Pode acometer a paciente de forma sistêmica e pode evoluir para sérias complicações, seja pela ausência de tratamento ou pelo tratamento inadequado ou interrompido. (AVELLEIRA, 2006).

O tratamento com o uso da penicilina, que vem sendo indicado desde 1943, como a forma mais eficaz de tratamento, maso *treponema palidum*, agente etiológico da sífilis, nunca foi cultivado segundo relatos recentes apesar da existência permitir uma maior susceptibilidade ao contágio da SIDA: síndrome da imuno deficiência adquirida (AVELLEIRA, 2006).

Em relação à prevalência da sífilis congênita destaca-se o baixo nível sócio econômico assim como a baixa escolaridade sem deixar de citar a promiscuidade sexual e a falta de um acompanhamento pré-natal adequado (LORENZI; MADI, 2001).

### **3. A SÍFILIS NA GESTAÇÃO**

Ao se detectar a presença da sífilis na gestação o tratamento da paciente e dos parceiros sexuais deve ser feito o mais precoce possível. Pois quando o agente etiológico da sífilis, o *treponema palidum*, for encontrado no sangue da gestante ocorre a contaminação do feto, pois o mesmo é capaz de atravessar a barreira placentária, em qualquer fase do processo gestacional. Não ha diferença nas alterações patológicas provocadas pela sífilis das mulheres que estão grávidas ou não o diferencial relaciona-se ao contágio do feto (BRASIL, 2012).

A transmissão vertical do *Treponema pallidum* é por via transplacentária, podendo ocorrerem qualquer período da gestação; mostra-se, entretanto, mais comum após o 4o mês de gestação, quando da atrofia fisiológica das células de Langerhans no trofoblasto. Eventualmente, identifica-se contaminação perinatal secundária a contato fetal com lesões infectantes maternas ou pela ingestão de líquido amniótico, o que justificaria manifestação tardia da sífilis congênita meses após o parto de crianças que se mostraram soronegativas logo após o nascimento (LORENZI; MADI, 2001, p. 649).

Quando o exame da gestante indica a presença da sífilis e a mesma não adere ao tratamento, algumas consequências podem vir a ocorrer como a prematuridade, aborto, óbito fetal, recém-nascidos com sintomas e sem sintomas. Estas últimas devem ser observadas, pois poderão desenvolver a sífilis congênita tardiamente que pode ir a ter consequências e complicações irreversíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A sífilis congênita apresenta da mesma forma que a sífilis adquirida dois estágios: o precoce, quando as manifestações clínicas são diagnosticadas até o segundo ano de vida; e o tardio após este período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 p. 76).

De acordo com a classificação clínica da sífilis considera-se recente a que evolui em menos de um ano (adquirida) e diagnosticada até o segundo ano de vida (congênita) sendo caracterizada como primária, secundária e latente recente. A classificação tardia, na sífilis adquirida, representa os casos com mais de um ano de evolução sendo caracterizada como latente tardia e terciária e na sífilis congênita refere-se aos casos diagnosticados após o segundo ano de vida da criança (BRASIL, 2012).

A sífilis faz parte de um grupo de doenças que são consideradas tratáveis e a sua existência durante o pré-natal com ausência de tratamento ou com tratamento inadequado, relaciona-se a falha durante o processo do pré-natal. A sífilis congênita é uma das doenças que indica déficit no processo de pré-natal (MALTA; DUARTE, 2007).

### 3.1 AÇÃO DO ENFERMEIRO E A SÍFILIS GESTACIONAL

O enfermeiro deve sempre estar atento em sua conduta em relação à detecção precoce da sífilis durante o processo de pré-natal. Na primeira consulta, deve realizar o teste rápido, a triagem pré-natal e solicitar VDRL para identificar os casos precocemente e tratar de forma imediata prioritariamente com a penicilina que

é a droga de escolha tanto a gestante como os parceiros sexuais da mesma. Estes exames devem ser repetidos no terceiro trimestre da gestação.

O Ministério da Saúde recomenda que o teste da sífilis seja oferecido a todas as gestantes nos primeiros estágios da gravidez e tem realizado campanhas para a eliminação da sífilis congênita no país. Entretanto, a sífilis permanece como agravo comum na gestação, apesar de testes diagnósticos baratos e acurados estarem disponíveis no mercado e da persistente sensibilidade do *Treponema pallidum* à penicilina (MIRANDA et al., 2009, p. 386).

O teste rápido de HIV não pode deixar de ser oferecido a todas as gestantes no pré-natal. Na portadora de sífilis, esta necessidade aumenta porque o *Treponema pallidum* pode facilitar a transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2012).

É importante que se detecte precocemente a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante o pré-natal, pois consiste em uma chance de se descobrir cedo e de tratar o mais precocemente possível evitando complicações e transmissão fetal mesmo porque pode limitar a probabilidade de diminuir a incidência dos casos de crianças infectadas por transmissão materno-infantil. Grande (MIRANDA., et al, 2009).

O ministério da saúde recomenda a realização do teste de triagem para sífilis (VDRL ou RPR), na primeira consulta do pré-natal, que idealmente deverá ocorrer no primeiro trimestre da gravidez, repetindo a testagem no início do terceiro trimestre (7º mês) para detectar infecções/reinfecções. Na ausência de teste confirmatório (FTA-ABS ou TPHA), ou se o período de tempo entre a disponibilidade do confirmatório e a data provável do parto for inferior ao menos há 7 semanas, considerar para tratamento todas as gestantes com VDRL positivo desde que não tratadas anteriormente ou tratadas de forma inadequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p 85).

Mesmo não identificando a sífilis nos exames iniciais, o enfermeiro deve estar orientando a gestante sobre os riscos de se adquirir a doença além de outras durante o ato sexual desprotegido. É importante direcionar palestras para as gestantes com a participação dos maridos para informar sobre os riscos que estão sujeitos e sobre as possíveis consequências para o futuro bebê caso venham a contrair a doença neste período e em um outro momento qualquer considerando os agravantes do processo gestacional (BRASIL, 2012).

O uso do preservativo masculino e feminino deve ser encorajado para as gestantes durante o tratamento, na tentativa de se obter uma prática sexual protegida e segura para o binômio mãe e filho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A melhor forma de se prevenir a sífilis congênita é através do diagnóstico precoce através dos testes e da sorologia, apesar de existirem algumas dificuldades no processo diagnóstico adequado: os testes treponêmicos como o FTA-Abs, por exemplo, apesar de serem qualitativos e detectarem anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade nem sempre estão disponíveis para todas as pacientes que o necessitam (LORENZI; MADI, 2001).

Durante o pré-natal, deve ser solicitado mensalmente o teste não treponêmicode VDRL das pacientes tratadas ou em tratamento, observando as titulações que devem declinar duas titulações em até seis meses pra eficácia do tratamento. O tratamento deve ser reiniciado caso tenha sido interrompido ou se houver quadruplicação dos títulos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Quando a paciente apresentar uma elevação dos títulos de forma superior a quatro ou mais vezes o enfermeiro deve indicar um novo tratamento, pois considera-se a possibilidade de reinfecção por o parceiro não ter realizado o tratamento adequadamente, por exemplo, e caso se identifique a existência de parceiro não tratado leva a caracterização da criança como portadora da sífilis congênita (BRASIL, 2012).

No ano de 2005, a Organização Mundial de Saúde propôs pilares de ação para tentar erradicar a sífilis congênita:

- Pilar 1: Garantir uma política governamental com programa bem estabelecidos para eliminação da sífilis na gestante.
- Pilar 2: Aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde que atendem mulheres e crianças;
- Pilar 3: Identificar e tratar todas as gestantes portadoras de sífilis e seus parceiros
- Pilar 4: Estabelecer vigilância, monitoração e avaliação do sistema de saúde (GUINSBURG, SANTOS, 2010).

O enfermeiro assistencial juntamente com a gestão deve agir na tentativa de garantir que estes pilares sejam alcançados para que cada vez mais, diminua a possibilidade de ocorrer a sífilis congênita.

Segundo a organização mundial de saúde, as gestantes devem passar por no mínimo seis consultas de pré-natal, mas na realidade observa-se que apesar de mais de 90% das gestantes realizarem pré-natal, uma boa parte dela não completam

o mínimo de seis consultas preconizadas, ficando desta forma susceptível a contrair doenças que venham prejudicar a ela e ao feto como a sífilis e o HIV (Miranda et al, 2009).

Todos os casos de sífilis devem ser notificados pelo enfermeiro ou outro profissional da assistência, como o médico, pois é uma doença de notificação compulsória não deixando de notificar os natimortos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É importante que exista uma contínua comunicação dos profissionais da atenção básica e da maternidade, para garantir que as ações de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica sejam realizadas adequadamente (MINISTÉRIO D SAÚDE, 2006).

Há alguns fatores que podem vir a inviabilizar o tratamento da sífilis gestacional em uma unidade de saúde. Mesmo com a cobertura do ministério da saúde sobre o tratamento da sífilis gestacional em uma unidade de saúde da família, tendo portaria específica com a autorização para o enfermeiro realizar o tratamento com a penicilina muitos ainda sentem-se inseguros em relação ao uso da penicilina em certas unidades que não possuem suporte para tratar um possível choque anafilático, por exemplo. Principalmente em unidades de zona rural que não possuem médicos todos os dias e com pouco ou nenhum suporte de meios de comunicação e transporte em casos de emergência. Outro problema é a falta da penicilina nos municípios de pequeno porte.

#### **4. SÍFILIS CONGÊNITA: CLÍNICA E TRATAMENTO**

Quando se detecta a sífilis de forma precoce pode-se observar diversos sintomas que irão surgir antes da criança completar dois anos de vida. É importante que a equipe de saúde esteja atenta em relação a estes sinais clínicos para oferecer uma assistência adequada evitando agravamento do quadro e complicações pertinentes. Dentre os sintomas encontrados observa-se:

- ✓ Prematuridade;
- ✓ Peso baixo;
- ✓ Choro fácil ao manuseio;
- ✓ Hepatomegalia e esplenomegalia;

- ✓ Rinite sero sanguinolenta;
- ✓ Obstrução nasal;
- ✓ Osteocondrite;
- ✓ Periostite ou osteíte;
- ✓ Alterações respiratórias;
- ✓ Icterícia:
- ✓ Anemia severa;
- ✓ Hidropsia;
- ✓ Pseudoparalisia dos membros;
- ✓ Fissuras em boca, olhos e ânus;
- ✓ Condiloma plano, pêfigo palmo plantar e outras lesões na pele (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Quando se ocorre o aparecimento da doença após o segundo ano de vida outros sintomas devem ser observados. Dentre eles podemos encontrar uma tibia em lâmina de sabre, uma fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez além de dificuldade geral no aprendizado da criança em diversas ações, seja do dia a dia ou escolar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha diminuído sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 40, a partir da década de 60 e, de maneira mais acentuada, na década de 80, tem-se observado tendência mundial no recrudescimento da sífilis (SF) entre a população em geral e, de forma particular, dos casos de sífilis congênita (SC), tornando-a um dos mais desafiadores problemas de saúde pública deste início de milênio (LORENZI; MADI, 2001, p.647).

O tratamento dos casos identificados de sífilis materna deve ser realizado o mais precoce possível com penicilina. Na maioria dos casos se aplica o tratamento similar à sífilis terciária que corresponde a uma dose total de 7.200.000UI, ou seja, 2.400.000 UI semanal por três semanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

**Tabela 1**

<i>Estadiamento</i>	<i>Esquema Terapêutico</i>	<i>Intervalo entre as séries</i>
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 Série* Dose Total: 2.400.000 UI IM	Dose única
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 Séries Dose Total: 4.800.000	1 semana
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 Séries Dose Total: 7.200.000 UI MI	1 semana
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia	4/4h diariamente por 10 dias

(MULLER, et al. 2010).

Para fins operacionais, recomenda-se que casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido sejam tratados como sífilis latente tardia (BRASIL, 2012, p. 141).

Na gestante com sífilis que for alérgica a penicilina, já foi considerada a possibilidade de se realizar a dessensibilização em um hospital de referência para este procedimento, para que ela possa usar a droga e ter eficácia da prevenção da sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mas não havendo a possibilidade de realizar este procedimento, a gestante pode ser tratada com a eritromicina de 500mg, via oral de 6/6 horas por 15 dias (recente) e 30 dias (tardia), mas vale ressaltar que esta gestante não seria identificada como adequadamente tratada, não sendo 100% confiável a prevenção da sífilis congênita. Desta forma o bebê deverá ser acompanhado de perto sendo mandatória a investigação e o tratamento adequado da criança após o nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Todos os recém-nascidos de mães que tenham apresentado sífilis na gestação sem tratamento ou com tratamento inadequado devem ser submetidos à realização de VDRL em amostra de sangue periférico, não devendo usar o sangue do cordão umbilical, pois levam a falsos diagnósticos (BRASIL, 2012).

Além disso, pode-se indicar a realização do RX de ossos longos, punção lombar, hemograma e outros exames caso seja necessário.

As gestantes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizadas e receber esquemas especiais de penicilinoterapia (BRASIL, 2012, p. 141).

Quando se conclui o tratamento da sífilis congênita é importante adotar medidas para garantir que a doença não retorne. Dentre estas medidas destaca-se:

- ✓ Até seis meses consultar a criança mensalmente e de 6 a 12 meses de forma bimestral;
- ✓ Solicitar a realização do VDRL da criança com 1,3,6 12 e 18 meses podendo ser interrompido se houver dois resultados negativos consecutivos;
- ✓ Realizar TPHA ou FTA-Abs após os 18 meses para confirmar caso;
- ✓ Repetir sorologia caso apresente sinais clínicos de infecção treponêmica;
- ✓ Considerar a reinvestigação caso não haja queda de titulação e não negatização em 18 meses;
- ✓ Semestralmente por dois anos orientar sobre a necessidade de acompanhamento oftalmológico e audiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

## **5. COMPLICAÇÕES DA SÍFILIS**

A mãe portadora da sífilis que não tratou ou que tratou a doença de forma inadequada pode vir a gerar um bebê natimorto ou ter um aborto por sífilis, quando o feto morto possuir idade inferior a 22 semanas de gestação ou pesar menos que 500 gramas. Estas complicações podem ocorrer se a gestante não usar a penicilina, ou usa-la de forma incompleta, quando se realiza o tratamento muito próximo do parto, ou seja, trinta dias antes do parto ou quando o parceiro sexual ou não foi tratado, ou tratado inadequadamente e manteve relação sexual com a gestante sem proteção ou até mesmo no caso de traição com outra pessoa com sífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A enfermagem tem um importante papel na assistência de gestantes durante o processo pré-natal, pois existem no mínimo duas vidas envolvidas que necessitam seguir seu curso com saúde e com o mínimo de complicações possíveis.

Para que a sífilis congênita não venha a ocorrer, os exames devem ser solicitados desde a primeira consulta do pré-natal para que se ocorrer um caso de sífilis, a gestante e parceiros sexuais possam ser precocemente tratados evitando que no futuro surja mais um caso de sífilis congênita.

O enfermeiro de uma unidade de saúde da família tem condição de descobrir e tratar precocemente todos os casos de sífilis evitando a sífilis congênita através dos testes rápidos, triagem pré-natal e sorologias logo na primeira consulta.

Muitas vezes mesmo com um pré-natal adequado com todas as ações realizadas de forma segura e eficaz a gestante não segue as orientações e interrompe o tratamento ou não o faz. Além disso, a prática sexual não segura, a ausência do parceiro sexual nas consultas, a promiscuidade são fatores que extrapolam os limites da assistência. Nem sempre a educação em saúde é bem aceita pelos parceiros e por isto ainda não se consegue erradicar a sífilis congênita no Brasil e no mundo.

A atuação da equipe de saúde para um pré-natal adequado e para evitar o aparecimento da sífilis congênita, deve ocorrer com envolvimento familiar de forma incansável com uma coparticipação da gestante e parceiro sexual no pré-natal. Somente desta forma espera-se um dia que esta doença possa ser erradicada no Brasil e no mundo para que as crianças possam vir ao mundo com saúde.

## REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João; BOTINO, Guiliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An.Bras de Dermatologia** 2006, p 111-126. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em: 24. Jul. 2016.

BARSANTI, Claudio; VALDETARO, Fábio; DINIZ, Edna; SUCCI, Regina. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Rev. da sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. São Paulo – Sp, 1999, p. 605-611. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v32n6/0856.pdf>>. Acesso em: 25. Jul. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno da atenção básica: **Gestação de Alto risco**, Manual técnico. Brasília, 2012, p, 139-141. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 22. Jul. 2016.

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, Amélia. **Crítérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. São Paulo, 2010, p. 01-17. Disponível em:

<[http://sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento\\_sifilis.pdf](http://sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento_sifilis.pdf)>. Acesso em 03. Ago. 2016.

LORENZI, Dino; MADI, José. **Sífilis congênita como indicador de pré-natal**. Rio Grande do Sul, 2001, p 647-652. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v23n10/8489.pdf>>. Acesso em 04. Ago. 2016.

MALTA, Deborah; DUARTE, Elisabeth. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 2007, p. 765-775

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção básica HIV/Aids, hepatites e outras DSTs: **Transmissão vertical da Sífilis**. Brasília, 2006 p, 75-99.

MIRANDA, Angélica; ROSETTI, Eduardo; TRINDADE, Célia; GOUVÊA, Gabriel; COSTA, Débora; OLIVEIRA, Thales; FRANÇA, Luís; DIETZE, Reynaldo. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos empurientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev. da sociedade brasileira da medicina tropical**. Vitória-ES, 2009, p. 386-391.

MULLER et al. O uso da penicilina na atenção básica à saúde e demais unidades do sistema único de saúde. Rio de Janeiro, 2010. **Rev. de pediatria**. Disponível em: <[http://revistadepediatricsoperj.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=93](http://revistadepediatricsoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=93)>. Acesso em: 01 Ago. 2016

TAYRA, Ângela; MATILDA, Luiza; SARACENI, Valéria; PAZ, Leidijany; RAMOS, Alberto. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: A propósito das definições de caso. **J. Bras. Doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo, 2007, p. 111-119. Disponível em: <>. Acesso em: