

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL COMO FERRAMENTA NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Tâmara Santos Clemente¹ | Madonna Mariana Lima² |
Luciana De Amorim Barros³ | Alba Maria Bomfim de França⁴ | Tânia Maria Alves Bento⁵



RESUMO

A sífilis congênita (SC), resultado da disseminação hematogênica da bactéria *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária, acarreta graves problemas seja para a mãe ou para o conceito se não houver o diagnóstico precoce e tratamento eficiente. Neste trabalho enfatizamos a importância da assistência qualificada do pré-natal para a prevenção da SC, visto que esta prática influi diretamente nos índices de qualidade na saúde da gestante e do feto e/ou recém-nascido e nas perspectivas quando relacionadas à cura ou reabilitação destes. Para a elaboração do artigo, foram realizadas consultas em publicações variadas e atualizadas no período de 1996-2011. Verificamos que a assistência pré-natal de qualidade durante a gestação e parto é um importante determinante da redução da transmissão vertical da SC e manutenção da saúde das gestantes.

PALAVRAS-CHAVE

Sífilis Congênita. Cuidado Pré-natal. Sífilis.

ABSTRACT

Congenital syphilis (SC), result of hematogenic dissemination of the bacterium *Treponema pallidum* by the infected pregnant women who were untreated or inadequately treated to the fetus through transplacental, may cause serious problems to be mother or to the fetus if there is no early diagnosis and effective treatment. This study emphasizes the importance of qualified attendance during the prenatal for the prevention of SC, since this practice influences directly in the index of quality in the health of the mother and of the fetus and/or newborn and in the perspectives when they are related to their healing or rehabilitation. For the preparation of the article, it was consulted various and updated publications which were published from 1996 to 2011. It was found out that an effective prenatal care during

34 | the pregnancy and parturition is determinant to reduce the vertical transmission of SC and to maintain the health of pregnant women.

KEYWORDS

Congenital Syphilis. Prenatal Care. Syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, considerada um importante problema de saúde pública. É uma patologia de estrema implicância para gestantes e seu conceito, verticalmente transmissível, causando infecções congênitas de gravidade variável com a idade fetal, determinando sequelas irreversíveis ou doenças crônicas graves, podendo ser causa de morte fetal ou perinatal sendo passível de eliminação quando identificada e tratada, seja antes ou durante a gestação (AVALLEIRA; BOTTINO, 2006).

Segundo Rodrigues (2004), no Brasil, doenças infecciosas durante a gravidez são relativamente frequentes. A transmissão pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento materno. Estima-se que 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratada evoluem para perda fetal. Além disso, mais de 50% dos recém-nascidos filhos de mães com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada não manifestam sintomas da doença, podendo assim não ser diagnosticados ao nascimento, com sérias consequências no futuro.

A população mais afetada é a menos favorecida, sendo à saúde pública responsável por planejar estratégias de triagem dessas doenças de modo prático e abrangente, facilitando o manejo clínico das gestantes com o diagnóstico desses casos. Tal alcance contribui na redução da morbimortalidade materno-fetal e conseqüente melhora dos indicadores de saúde (FIGUEIRÓ-FILHO, 2007).

Lorenzi (2001) diz que em 1993, ciente dos riscos e da alta taxa de sífilis no Brasil, o Ministério da Saúde propôs sua erradicação até o ano 2000, visto esta patologia ser totalmente passível de prevenção e tratamento por meio do pré-natal, porém, sem sucesso.

Entre os fatores de risco que contribuem para que a prevalência de SC se mantenha, está o baixo nível socioeconômico, relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e agentes de saúde, automedicação, baixa escolaridade, promiscuidade e precocidade sexual e, sobretudo, a falta de adequada assistência pré-natal (RODRIGUES, et al, 2004).

Através desta pesquisa ressaltamos a importância das ações de saúde pública mais especificamente do pré-natal em nosso país, tendo em vista o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis. Sabemos que consultas eficientes promovem ao paciente o esclarecimento sobre o que é a patologia e o tratamento farmacológico ao qual será submetido. Buscou-se verificar se está havendo deficiência da assistência e da prevenção da sífilis congênita.

Objetivando enfatizar a importância da assistência qualificada do pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, optou-se por uma revisão de literatura de natureza descritiva e de caráter qualitativo.

Este artigo foi desenvolvido através de fontes literárias variadas e atualizadas tendo como fontes iniciais artigos disponíveis online e em base de dados do Scielo, Bireme, Lilacs, manuais do Ministério da Saúde e livros de autores diversos, havendo consulta ao acervo da biblioteca central na Faculdade Integrada Tiradentes e ao acervo pessoal dos integrantes deste.

Foram adotados como critérios de inclusão os artigos que apresentavam especificidade ao tema proposto e a problemática do estudo, sendo utilizados para busca os descritores: Sífilis Congênita, Cuidado Pré-Natal e Sífilis e incluídos entre o período de 1996 – 2011, porque apesar da sífilis congênita ser considerada doença de notificação compulsória desde 1986, de acordo com Brasil, (1998 apud BRASIL, 2007) apenas em 1998 o uso do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) foi regulamentado pela portaria GM/MS nº 1882 de 18 de dezembro de 1997, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. Foram excluídos os artigos sem especificidade com o tema, artigos em língua estrangeira e que não respeitassem o período supracitado.

De posse dos critérios de inclusão e exclusão, foram encontradas 35 referências, sendo selecionados 23 artigos. Destes, 14 artigos estavam disponíveis no portal da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), três nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde - Lilacs, 11 na Scientific Electronic Library Online - Scielo, três em revistas não indexadas disponíveis online, um em anal de congresso, quatro nos manuais do Ministério da Saúde e um em livro, sendo 22 artigos disponibilizados na íntegra e um contido num resumo. Foi realizada uma análise interpretativa seguida de discussão, confirmando o objetivo traçado adjunto à problemática do estudo, tendo como base a questão norteadora estabelecida no objetivo deste.

A vantagem da pesquisa bibliográfica é permitir ao investigador cobrir os fenômenos estudados de forma mais ampla que a pesquisa direta, tornando-se particularmente importante quando o problema pesquisado requer dados dispersos, tendo como pontos negativos o fato de haverem dados equivocados ou processados erroneamente, fazendo-se necessário uma avaliação cautelosa dos mesmos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica da bactéria *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical), havendo probabilidade de transmissão direta pelo contato do recém-nascido com lesões genitais no canal de parto. Esses fatores poderão acarretar prematuridade, aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como sífilis congênita sintomática ou assintomática ao nascimento (AVELLEIRA, 2006).

Brasil (2006) diz que, de acordo com a idade de apresentação de sintomas, a sífilis congênita classifica-se em sífilis congênita recente (após o nascimento ou até os dois primeiros anos de vida) e sífilis congênita tardia (a partir do segundo ano de vida).

Os principais sinais da sífilis recente são baixo peso, rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao mamuseio. Já os da sífilis tardia são tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (Brasil, 2006).

De acordo com Saraceni (2005, p. 420), "a sífilis congênita (SC), grave problema de saúde pública no Brasil, é declarada de notificação compulsória desde 1986", tendo em vista sua persistência apesar da existência de métodos eficazes, de baixo custo e de fácil uso para sua prevenção e controle.

Estudos apontam que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento (CAMPOS, et al. 2010).

Embora a subnotificação de casos de sífilis congênita seja alta, alguns dados disponíveis indicam a elevada magnitude deste problema. São notificados 4,5 mil casos por ano, mas estima-se que o número real seja muito maior, podendo chegar a 48 mil (KOMKA; LAGO 2007 apud BRASIL, 2005).

Picchi (1996) diz que no período de 1987 a 1994, foram notificados 2.949 casos, sendo o maior número de notificações do Estado de São Paulo, porém a Secretaria da Saúde no ano de 1994 estimou aproximadamente 130.000 possíveis novos casos de sífilis congênita.

No Brasil, os métodos diagnósticos não-treponêmicos utilizados são o venereal diseases research laboratory (VDRL), mais usado, e o rapid plasma reagin (RPR), para rastreamento solicitando-se testes de maior especificidade como o FTA-Abs

quando há positividade da reação sorológica inicial. Os testes de rastreamento são baratos, possíveis de se realizar com estrutura laboratorial simples e apresentam alta sensibilidade, favorecendo o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil para evitar as sequelas das formas tardias da sífilis (LIMA, 2002, p. 268).

A utilização da sorologia poderá ser feita a partir da segunda ou terceira semana após o aparecimento do cancro, quando os anticorpos começam a ser detectados. O diagnóstico da sífilis congênita é confirmado por provas diretas com o achado do *T. pallidum* nas lesões, líquidos corporais ou tecidos. Testes sorológicos do sangue do cordão umbilical e sangue periférico do recém-nato podem ser feitos (AVALLEIRA; BOTTINO, 2006).

O Ministério da Saúde (2006) preconiza a solicitação rotineira e obrigatória de, no mínimo, dois testes sorológicos não treponêmicos para o diagnóstico (VDRL) na assistência pré-natal: no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre (aproximadamente na 28ª semana). Em caso de falha da vigilância sorológica ou situações de elevado risco, torna-se fundamental o conhecimento da sorologia da mãe no momento do parto.

Além disso, é preciso desenvolver outras medidas de prevenção, também eficientes, tais como o uso regular de preservativos, a redução do número de parceiros sexuais, o diagnóstico precoce e o tratamento dos parceiros (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

Além dos testes realizados e da assistência pré-natal, o tratamento deve ser seguido de forma correta a fim de se obter a cura completa da patologia e evitar resistência bacteriana.

Somente é considerado tratamento adequado se feito com penicilina benzatina, deve ser ministrado antes de 30 dias da ocorrência do parto e tratar o parceiro.

Nos casos de reação alérgica ou anafilaxia comprovada, pode-se tratar com estearato de eritromicina, não sendo tratamento adequado, pois não trata o feto. Após o tratamento, a gestante deve realizar controle mensal com teste VDRL e novo tratamento instituído no caso de reinfeção ou aumento dos títulos no VDRL (VAZ, 2008, p. 201).

É considerado como tratamento inadequado da sífilis materna visar apenas o tratamento do conceito, a aplicação de qualquer terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta e/ou finalizado com menos 30 dias antes do parto ou parceiro não tratado ou quando não se dispõe desta informação sobre o parceiro (ARAÚJO, J. et al, 2010).

Diagnosticada facilmente através do VDRL e tratada com eficiência pela penicilina G benzatina com dosagens apropriadas de acordo com a fase da infecção, sendo imprescindível que o tratamento esteja completo pelo menos 30 dias antes do parto, é essencial que o parceiro seja simultaneamente tratado com a mesma dosagem da gestante, pois esta é uma ação importante para o controle da sífilis congênita.

Sendo critério para definição de SC, o parceiro não tratado de gestante com sífilis, demonstra a grave falha do sistema de saúde por falta de vigilância epidemiológica adequada (SCHETINI, J. et al, 2005). Compreendemos que um dos principais problemas para o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) é a abordagem do parceiro, surgindo problemas com a notificação e dificuldade de convencê-los quanto à necessidade de diagnóstico e adesão ao tratamento.

Estudos realizados com 58 gestantes no município de Fortaleza (Ceará), tendo como objetivo avaliar a adequação de tratamento destas, teve como resultado que apenas três gestantes foram consideradas adequadamente tratadas, tendo como principal causa de inadequação de tratamento a falta de tratamento do parceiro (CAMPOS, et al, 2010).

A ausência constatada de homens nas unidades básicas de saúde é explicada pelas características de um atendimento pautado ao enfoque materno-infantil (DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007). Este dado nos mostra a necessidade de um enfoque intrafamiliar para que sejam abordadas as orientações necessárias sobre a importância de um tratamento conjunto para a prevenção da sífilis e outras DST.

Ressalta-se ainda o aumento da incidência das formas latentes de sífilis e que mudanças no curso clínico da doença vêm ocorrendo devido ao uso de antibióticos em doses insuficientes por causa da automedicação ou prescrição incorreta (ARAÚJO, E., et al. 2006).

Apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, a sífilis não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle (ARAÚJO, M., et al, 2008). Isso acontece devido à facilidade de diagnóstico e de tratamento rápido e do apoio em bases como os programas de saúde.

As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo (CAMPOS 2010 apud SCHIMID, 2004). Estes dados alarmantes levam a sugerir uma baixa qualidade da assistência pré-natal no país, pela falta de sensibilização que os profissionais de saúde, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis na gravidez (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que apesar da magnitude, estes dados são estimados, pois a subnotificação é uma realidade em muitos países. Essa subnotificação aliada à baixa qualidade dos registros de casos notificados dificulta a elaboração de estratégias de controle desta doença, na medida em que se desconhece a real magnitude deste agravo (ARAÚJO, M. et al, 2008).

Para Lorenzo e Madi (2001), o desafio hoje colocado para os serviços e trabalhadores da saúde é o da produção cotidiana de aptos cuidadores eficientes com obtenção de resultados no plano da cura, promoção e proteção. A identificação da gestante, o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal, a aderência ao acompanhamento com a realização de um número adequado de consultas e a identificação e o tratamento de agravos associados têm impacto sabidamente positivo na redução da prevalência da sífilis congênita.

A falha na realização do pré-natal de maneira adequada impede a realização da rotina para o diagnóstico e intervenção precoce desta patologia, atrelado a dificuldades de interpretação de resultados de testes sorológicos e ausência de tratamento da mãe e do parceiro.

Faz-se necessário popularizar o tema nas iniciativas de educação continuada de profissionais para conscientizá-los das oportunidades de prevenção e tratamento. As ações direcionadas à eliminação da SC dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, essencialmente nas mãos do profissional que realiza acompanhamento pré-natal (MILANEZ; AMARAL, 2008).

As mulheres precisam ser orientadas quanto à importância da realização do pré-natal visando à promoção da saúde a fim de aumentar o interesse destas sobre essa fase da vida, com o objetivo de evitar repercussões prejudiciais à mãe e ao feto.

Embora, no Brasil, o Sistema Único de Saúde, SUS, disponibilize os testes para o rastreamento da sífilis entre toda a população, reconhece-se que o acesso aos serviços de saúde envolve uma multiplicidade de fatores: geográficos, custos e adequação entre os serviços e as necessidades, entre outros que caracterizam a acessibilidade, além do papel do usuário e de seu círculo de relações sociais (LIMA, 2008).

A tríade vigilância-assistência-prevenção, base da maioria dos programas de Saúde Pública, é uma forma de reforçar a tese de que a vigilância da sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema. As intervenções feitas pela triagem laboratorial e tratamento permitem a prevenção do caso de SC e encontram-se padronizadas na assistência pré-natal. No Brasil, a porcentagem das notificações de casos de SC é de mais de 70% das mães que frequentam o pré-natal; por diferentes motivos, foram perdidas as oportunidades do diagnóstico e tratamento adequado dessas mulheres enquanto gestantes (SARACENI, V. et al, 2007).

Como observamos, apesar das iniciativas para erradicá-la, a sífilis congênita ainda persiste em nosso país, supondo uma falha na qualidade do pré-natal, considerando fatores

como o número de consultas registradas nos cartões de gestante, a falta de atualização dos profissionais de saúde no manejo das DST, e possíveis falhas no investimento dos recursos humanos. É necessário também destacar a importância do comprometimento de todos os profissionais (LORENZI; MADI, 2001).

O caráter preventivo do pré-natal é essencial para a redução da morbidade e mortalidade materna, fetal e perinatal em gestantes portadoras da sífilis. O pré-natal bem feito, além de prevenir não só esta, como outras patologias, também prepara psicologicamente a gestante para o parto, garantindo um perfeito desenvolvimento fetal, entre outras vantagens.

De acordo com os resultados encontrados nos artigos pesquisados, a sífilis congênita é uma das principais causas de recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer, sendo essas condicionantes responsáveis por elevarem o risco de mortalidade fetal e neonatal.

Sendo a sífilis congênita considerada um marcador de qualidade da assistência pré-natal em termos epidemiológicos e por acreditar que a transmissão vertical da mesma seja consequência de uma possível falha no sistema de saúde brasileiro, e/ou da deficiência no processo educacional da população quanto a seus perigos, é que se observa a necessidade de reforçar os esforços para o desenvolvimento de exames rápidos para o diagnóstico que permitam o início do tratamento no momento em que a gestante é atendida, podendo assim, diminuir de forma considerável a incidência da infecção congênita em locais de população economicamente desfavorecida e com acesso restrito à educação e aos serviços de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar, ainda se convive com uma baixa qualidade da atenção prestada, tendo em vista que ações de vigilância associadas à qualificação deste e da assistência ao parto, assim como estratégias que permitam o esclarecimento da população em relação à patologia descrita, podem fazer diferença importante na redução da mortalidade perinatal em nosso meio.

Em nosso país, este grave problema de saúde pública está diretamente relacionado às subnotificações, à falha da assistência pré-natal e à falta de implementação de estratégias preventivas. São necessários reforços das orientações para a saúde quanto à importância da adesão ao tratamento e do uso de preservativos nas relações sexuais, pois o modo que a sífilis e seu tratamento são abordados influenciam de forma direta na cura da mulher.

Questionários a fim de avaliar o conhecimento e práticas dos profissionais de saúde responsáveis pela realização do pré-natal podem ser usados como estratégia buscando compreender os fatores determinantes das oportunidades perdidas na abordagem da sífilis gestacional, seja por problemas diagnósticos e/ou pelo tratamento oferecido a gestante e seu parceiro.

Em suma, devemos encarar a assistência pré-natal como uma oportunidade ímpar para a implementação de ações preventivas de saúde e que estas sejam realizadas por meio de um esforço unificado e organizado que tome como base o direito da usuária conhecer e receber tratamento de qualidade; e que sejam aplicados instrumentos para faci-

40 | litar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado e, assim, fazer a diferença na redução da incidência desta patologia em nosso meio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paranaense de Medicina V.20** (1) janeiro - março 2006.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de vdrl reagente. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

ARAÚJO, J. S. *et al.* Assistência de enfermagem no pré-natal de gestantes sífilíticas: Um cuidado necessário. In: **Anais do congresso brasileiro dos conselhos de enfermagem; 2010**; Universidade Federal do Pará, 2008. Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I8744.E3.T1303.D3AP.pdf>>.

AVALLEIRA, J. C. R; BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** 2006; 81 (2): 111-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Sistema de informação de agravos de notificação - Sinan: Normas e rotinas/** Ministério da saúde, secretaria de vigilância em saúde, departamento de vigilância epidemiológica. 2ª ed. Brasília: Editora do ministério da saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/Aids.** Estudo Sentinela Parturiente Corte Nacional, outubro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6ª ed. v. 1. Brasília: FUNASA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol. 26, nº 9, pp. 1747-1755. ISSN 0102-311X.

DONALISIO, M. R; FREIRE, J. B; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 165-173. ISSN 1679-4974.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* . Freqüência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Rev.Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 40 (2):181-187, mar-abr, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. 12ª Reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

KOMKA, M. R.; LAGO E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Rev Scientia Medica** [periódico na internet] Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2115/2630>>.

LIMA, B. G. C. Avaliação de qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17 (2):123-153, abr-jun 2008.

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência pré-natal. **RBGO** - v. 23, nº 10, 2001.

LIMA, B. G. C. **Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 267-271, 2002.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Porque ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2008.

PICCHI, M.; COSTA, M. T. Z. DA; OKAY, Y. Sífilis congênita: controvérsias na abordagem terapêutica. **Rev. Pediatria** [periódico na internet] São Paulo, 18 (3): 120-124, 1996. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/232.pdf>

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Grupo nacional de estudo sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.** 2004; 16 (3):168-75.

SARACENI, V. *et al.* Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2005; 8 (4): 419-24.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância da sífilis na gravidez. **Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Volume 16 - Nº 2 - abr/jun de 2007.

SCHETINI, J. *et al.* **Estudo da prevalência da sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói** – RJ. DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm. 17(1): 18-23, 2005.

VAZ, M. J. R. Sífilis congênita: critérios de notificação. **Rev Saúde coletiva**, novembro-dezembro, ano/vol. 5, número 025. Editorial Bolina, São Paulo, Brasil, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84225503.pdf>>

1 Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes. E-mail: tamara_clemente@hotmail.com

2 Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes. E-mail: madonna_mariana@hotmail.com

3 Professora especialista do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes. E-mail: lukota_amorim@hotmail.com

4 Professora especialista do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes. E-mail: albambf@hotmail.com

5 Professora especialista do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes. E-mail: alves0816@globo.com