



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

VANILDA DA SILVA ABRÃO

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO
ACOMPANHAMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

ARIQUEMES-RO
2012

Vanilda da Silva Abrão

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO
ACOMPANHAMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharel.

Prof^ª. Orientadora: Esp. Sílvia Michelly Rossetto

Ariquemes-RO

2012

Vanilda da Silva Abrão

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO
ACOMPANHAMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharel.

Prof^a. Orientadora: Esp. Sílvia Michelly Rossetto

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Esp. Sílvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Sharon Maclaine Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Denise Fernandes De Angelis Chocair
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 16 de Novembro de 2012.

Dedico este trabalho ao meu esposo **Genivaldo Jose de Oliveira**, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Obrigado meu amor por tudo o que você transformou na minha vida. Obrigado pelo teu carinho, tua alegria, tua atenção, tua vibração com as minhas conquistas e teu ombro em cada momento difícil que você ajudou a atravessar. Sem você, essa conquista não teria o mesmo gosto. Obrigado amor da minha vida.

Te amo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **DEUS**, que foi meu maior porto seguro e iluminou o meu caminho durante esta caminhada e com a ajuda dele eu tive forças para chegar ao final dessa pequena jornada. O Cara Lá De Cima me deu toda coragem que eu precisava para ir além dos meus limites nestes quatro anos dedicados à Enfermagem e não me deixou faltar forças para ir até o final e quebrar as barreiras.

Agradeço de forma grata e grandiosa meus pais, **Bento Abrão e Doraci Gonçalves Abrão**. Ambos foram responsáveis por cada sucesso obtido e cada degrau avançado pro resto da minha vida. Durante todos esses anos vocês foram pra mim um grande exemplo de força, de coragem, perseverança e energia infinita para nunca desistir diante do primeiro obstáculo encontrado. Vocês são e sempre serão meu maior porto seguro aqui embaixo, meu maior exemplo de vitória, meus heróis e simplesmente aqueles que mais amo. Obrigada simplesmente por participarem comigo durante essa caminhada, me ajudando a construir os alicerces de um futuro que começa agora e por toda minha vida. Em especial de forma grata e grandiosa meu pai que não se encontra mais entre nós.

Agradeço aos muitos amigos, em especial, **Bernadete e Ivanildo** que hoje tenho o prazer de compartilhar esse momento. Abraços especiais aos meus amigos eternos.

Aos meus colegas de classe, em especial ao meu grupo de estágio: **Joselma Lice, Natália Cristina Contantino, Rosália Amércês, Patrícia de Jesus, Maria Aldjulci de Moura e Maria Agner**, obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosos, pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pelos choros e pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Porque a faculdade é a minha segunda casa.

Agradeço também a professora orientadora **Sílvia Rossetto**, pela paciência, pelo carinho, pelas explicações, que me foram essenciais nesse retorno, minha eterna gratidão e pelo imenso aprendizado no decorrer do estágio.

*“No grande oceano, sob o sol, onde uma corrida
infeliz habita o mundo recém-descoberto,
ele [sífilis] surge em todos os lugares e nenhum
lugar é desconhecido. Ambos podem
alterar as causas das coisas e seu
desenvolvimento inicial de acordo com o
céu e o período de tempo. E além do que,
naturalmente, apoio aéreo e terreno adequado,
aqui apenas um período longo de
anos acaba de trazer -nos”.*

Trecho do livro de poema, Girolamo Fracastoro, 1984.

RESUMO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, com evolução crônica, apresentando manifestações cutâneas temporárias e sua transmissão na maioria dos casos ocorre por via sexual, sendo a transmissão sanguínea mais rara nos dias atuais. A sífilis congênita (SC) ocorre quando há infecção do concepto pela espiroqueta *Treponema pallidum* oriunda de gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Podendo ocasionar uma série de danos para o feto, destacando-se o baixo peso ao nascer, a prematuridade e até o óbito fetal. Este estudo trata-se de pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de fevereiro a outubro de 2012, com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre a importância do acompanhamento do pré-natal pelo enfermeiro frente à gestante com VDRL reagente. A coleta e análise das referências ocorreu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Sites oficiais e Manuais do Ministério da Saúde. No percurso metodológico foram encontradas 350 referências e sendo utilizadas 37 dentre as quais 15 (40,54%) em periódicos nacionais, 02 (5,40%) em inglês, 10 (27,02%) livros, 10 (27,02%) Manuais do Ministério da Saúde. Observou-se, nesta revisão que cabe ao profissional de enfermagem estar atualizado cientificamente, visando detectar as intercorrências que possam surgir com mulheres gestantes, como, por exemplo, a sífilis. O enfermeiro deve assumir papel de destaque na atenção integral, atuando como articulador de informações, tanto para a população quanto para os profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem; Sífilis; Sífilis Congênita.

ABSTRACT

The syphilis is an infectious disease, with chronic evolution, presenting skin manifestations temporary and its transmission in the majority of the cases occurs through sexual intercourse, being blood transmission more rare nowadays. The congenital syphilis (CS) occurs when there is infection of the conceptus by the spirochete *Treponema pallidum* arising from pregnant untreated or inadequately treated. It can cause many damage to the fetus, especially the low birth weight, the prematurity and even the fetal death. This study is a search literature review descriptive, exploratory and quantitative in the period from February to October 2012, with the objective of making a literature review about the importance of the attendance in the prenatal by the nurse with the pregnant with VDRL reagent. The collection and analysis of the references occurred in the databases of the Virtual Health Library (BVS), books from the Julio Bordignon Library in the Faculty of Education and the Environment - FAEMA, Official websites and Manuals of the Ministry of Health. In the methodological course there were found 350 references being used 37 among which 15 (40,54%) in national journals, 02 (5,40%) in English, 10 (27,02%) books, 10 (27,02%) Manuals of the Ministry of Health. It was observed, in this review that it is the nurse role to be updated scientifically, aiming to detect the irregularity that can arise with the pregnant, for example the syphilis. The Nurses should assume a featured role in the integral care, acting as an organizer of information, both to the population as to the health professionals.

Keywords: Nursing; Syphilis; Congenital Syphilis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia.....	15
Figura 2 – <i>Treponema pallidum</i> : desenho esquemático.....	18
Figura 3 – <i>Treponema Pallidum</i>	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
EV	Endovenosa
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio ambiente
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IM	Intramuscular
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa Atenção a Saúde da Mulher
SC	Sífilis Congênita
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS	15
4.1.1 Exposições da Sífilis	17
4.2 DESCRIÇÃO DOS TIPOS SÍFILIS	19
4.2.1 Sífilis Primária	19
4.2.2 Sífilis Secundária	20
4.2.3 Sífilis Terciária	21
4.2.4 Sífilis Congênita	21
4.2.5 Epidemiologia da Sífilis Congênita	22
4.2.6 Diagnóstico da Sífilis Congênita	24
4.2.7 Tratamento da Sífilis Congênita	26
4.3 IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM VDRL REAGENTE	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

A sífilis ficou conhecida no mundo há muitos séculos. A doença tem como agente causador a bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que foi identificada por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann em 1905. Se tornando um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, podendo provocar no feto graves seqüelas ou até ser fatal. (REIS et al., 2007).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, com evolução crônica, apresentando manifestações cutâneas temporárias. Sua evolução pode ser dividida em primária, secundária e terciária, sua transmissão na maioria dos casos ocorre por via sexual, sendo a transmissão sanguínea mais rara nos dias atuais. (BRASIL, 2005).

A sífilis congênita (SC) ocorre quando há infecção do concepto pela espiroqueta *Treponema pallidum* proveniente de gestante que não foi tratada ou inadequadamente tratada. O *T. pallidum*, uma vez presente na corrente sanguínea da gestante, pode atravessar a barreira placentária e invadir a corrente sanguínea do feto. Podendo ocorrer em qualquer fase gestacional e as taxas de transmissão vertical podem atingir valores de 70% a 100% dependendo da fase da doença em que a gestante se encontra. Pode ocasionar ainda uma série de danos para o feto, destacando-se a prematuridade, baixo peso ao nascer, e até o óbito fetal (SARACENI et al., 2005).

No Brasil, estima-se que a prevalência da sífilis em gestantes seja de 1,6% (BRASIL, 2006). O Ministério da Saúde na década de 1990 lançou um projeto de eliminação da SC, cujo objetivo era reduzir o número de casos para um em cada 1000 nascidos vivos. (BRASIL, 1993).

Para Peeling et al. (2004), a resposta para o problema da sífilis se dá através da garantia do diagnóstico tratamento e uma maior integração dos programas de saúde. No entanto essas recomendações do controle da sífilis não são seguidas durante a realização do pré-natal, existindo escassez de registros de testagem sorológica para sífilis durante a gestação indicando a grande possibilidade da falta de realização desse procedimento. Pré-natal de qualidade e humanizada realizada pelo enfermeiro é fundamental para a saúde materna. Para sua humanização e qualificação, faz-se necessário estabelecer novas bases para

relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde-profissionais de saúde, usuários e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. (BRASIL, 2006).

Para uma melhor eficácia e acompanhamento do pré-natal, de acordo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), deve-se ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado nas demais ações preventivas e curativas, necessitando ser efetuado um número mínimo de seis consultas. (BRASIL, 2000).

Além disso, é preciso incluir a realização de procedimentos clínicos indispensáveis para o acompanhamento da gravidez, como exames laboratoriais, vacinas e realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal. (FEBRASGO, 2001).

Baseando-se nisto, justifica-se a realização deste trabalho pela necessidade de se abordar a importância do acompanhamento do pré-natal pelo profissional enfermeiro, a fim de serem intensificadas as orientações as gestantes, como forma de minimizar complicações, com ações que integram todos os níveis da atenção: promoção, prevenção, e assistência à saúde da gestante através da consulta de enfermagem no pré-natal realizado pelo enfermeiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a importância do acompanhamento do pré-natal pelo enfermeiro frente à gestante com VDRL reagente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear características históricas e exposições da Sífilis;
- Caracterizar os tipos de sífilis;
- Descrever os possíveis tratamentos;
- Destacar a atuação do enfermeiro frente ao pré- natal à gestante com VDRL reagente.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, exploratório e quantitativo.

Neste estudo utilizou-se a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: Qual a importância do acompanhamento do pré-natal frente à gestante com VDRL reagente?

O levantamento das publicações foi realizado nos meses de Fevereiro de 2012 a outubro de 2012, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Sites oficiais e Manuais do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados foram: Enfermagem, Sífilis e Sífilis Congênita.

No percurso metodológico foram encontradas 350 referências e sendo utilizadas 37 dentre as quais 15 (40,54%) em periódicos nacionais, 02 (5,40%) em inglês, 10 (27,02%) livros, 10 (27,02%) Manuais do Ministério da Saúde.

O delineamento dos referenciais compreendeu-se entre 2000 e 2012, com exceção de quatro referências: 1993, 1994, 1998, 1999, no qual foram de fundamental importância para a execução deste trabalho. Foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciavam a questão em estudo, publicadas na língua portuguesa e inglesa, em periódicos nacionais. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, que acomete todos os órgãos e sistemas e que vem desafiando há séculos a humanidade. Apesar de o seu tratamento ser eficaz e de baixo custo, tornou-se um grave problema de saúde pública. A sífilis ficou conhecida na Europa no século XV e logo disseminou por todo o continente, tornando-se uma praga mundial. Devido o grande acometimento da pele e mucosas ficou associada à dermatologia como mostrada na figura 1. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).



Figura 1- Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

Fonte: ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, 2006.

No decorrer da história foram elaboradas duas teorias na tentativa de explicar a sua origem. Na primeira teoria, chamada de colombiana a sífilis seria

endêmica e foi introduzida na Europa pelos marinheiros espanhóis que participaram da descoberta da América. A outra seria que se acreditava que a sífilis seriam resultados de mutações e adaptações oriundas das espécies de treponemas endêmicos da África. (RIVITTI, 1994).

Philippe Ricord em meio ao século XVIII diferenciou a sífilis da gonorréia e estabeleceu os três estágios da doença e em 1876 a sífilis cardiovascular foi documentada. Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como sendo o agente causador da sífilis. Erich e Hata descobriram a primeira medicação ativa no tratamento da doença, que são os derivados arsenicais trivalentes (606 ou Salvarsan). Na época o Salvarsan, foi à droga mais importante no combate à sífilis. A cura da sífilis só foi possível com a descoberta da penicilina, em 1928, pelo britânico bacteriólogo Alexander Fleming e, em 1943, foi demonstrada a eficácia da penicilina no tratamento da sífilis por John Mahoney. (BRASIL, 2009).

A sinonímia da doença refletia a beligerante situação sociopolítica da Europa, atribuindo sempre à doença uma adjetivação que a identificava com outro povo ou nação. Mal espanhol, mal italiano, mal francês, foi utilizado até que o nome sífilis, derivado de um poema de Hieronymus Fracastorius, sedimentou-se como o principal. No século XIX era preocupante o crescimento da endemia sifilítica. No entanto a medicina se desenvolvia, e a síntese das primeiras drogas tornou-se realidade. A introdução da penicilina, talvez tenha sido causador de maior impacto, por sua eficácia, e fez com que muitos acreditassem que a doença estivesse controlada, o que resultou num menor interesse por seu estudo e controle. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Nesse sentido, os mesmos autores apontam ainda que em 1960, mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o advento da pílula anticoncepcional fizeram com que o número de casos novamente aumentasse. No final dos anos 70, com o aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), houve um redimensionamento das doenças sexualmente transmissíveis. O papel da sífilis como fator facilitador na transmissão do vírus HIV ocasionaria novo interesse pela sífilis e a necessidade de estratégias para seu controle.

A sífilis é uma doença secular. Foi a partir da segunda metade do século passado que, na maioria dos países ocidentais, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis emergiram como problema de saúde pública de grande

magnitude. Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como o agente causador da sífilis (BRASIL, 2009).

Desde a descoberta da penicilina, a sífilis pode ser, não só evitada como também tratada. Apesar disso, continua a ser um problema mundial calculando-se haver todos os anos aproximadamente 12 milhões de pessoas infectadas de acordo com dados divulgados pela (OMS, 2008).

4.1.1 Exposições da Sífilis

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, com evolução crônica, apresentando manifestações cutâneas temporárias. Sua evolução pode ser dividida em primária, secundária e terciária, sua transmissão na maioria dos casos ocorre por via sexual, sendo a transmissão sanguínea mais rara nos dias atuais. (BRASIL, 2004).

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, da família, *Treponemataceae*, que ainda abrange outros dois gêneros a *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero possui seis espécies não patogênicas e quatro espécies patogênicas. As patogênicas são as causadoras da sífilis o *Treponema pallidum* e *subsp pallidum*, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o agente da boubia ou framboesia *Treponema pertenue*. E é atribuído à variante *T. pallidum subsp endemicum* o bejel ou sífilis endêmica. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos, figura 2. (RIVITTI, 1999).

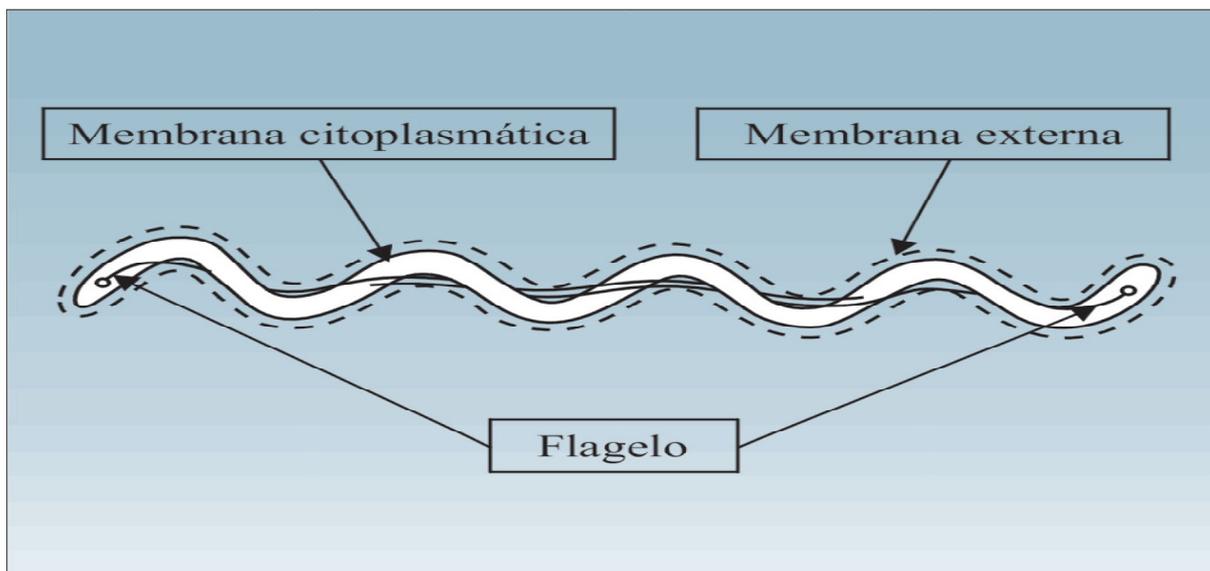


Figura 2: *Treponema pallidum*: desenho esquemático
 Fonte: (ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, 2006)

O *T. pallidum* não é cultivável e é patógeno exclusivo do ser humano, apesar de, quando inoculado, causar infecções experimentais em macacos e ratos. É destruído pelo calor e falta de umidade, não resistindo muito tempo fora do seu ambiente (26 horas). Divide-se transversalmente a cada 30 horas, figura 3. (RIVITTI, 1999).

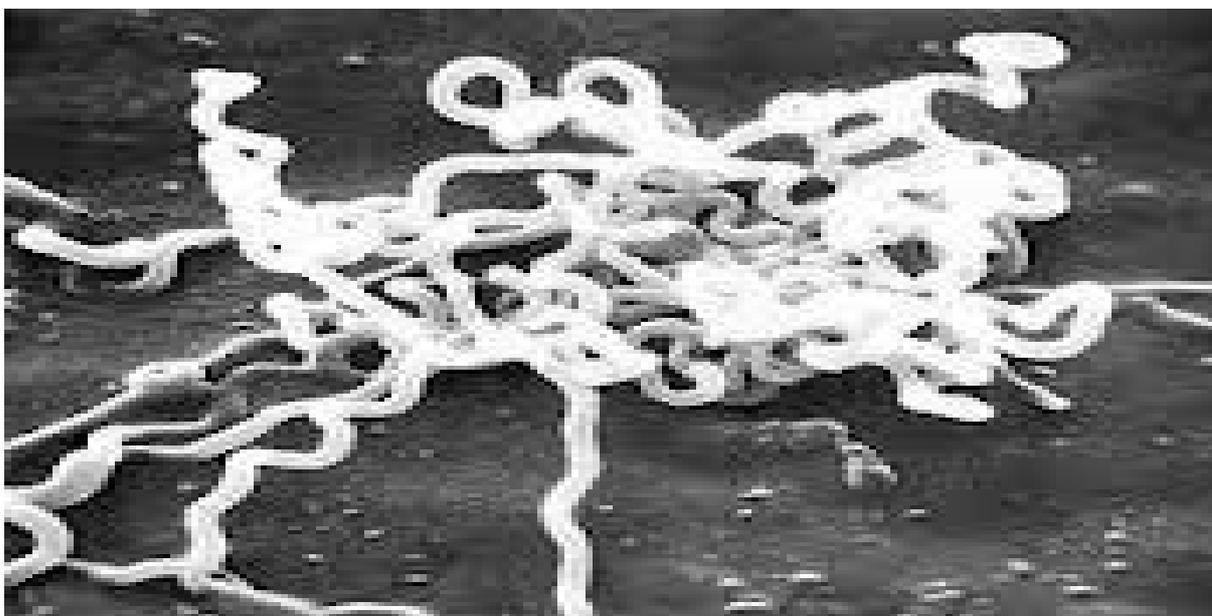


Figura 3: *Treponema Pallidum*

Fonte: ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, 2006.

A penetração do *Treponema* é realizada durante o ato sexual por pequenas abrasões. Atingindo assim o sistema linfático e através da disseminação

hematogênica, atinge outras partes do corpo. Resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação a resposta de defesa local, enquanto que a disseminação sistêmica ocorre como resultado da produção de complexos imunes circulantes que podem se depositar em qualquer órgão. No entanto, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis pode ser transmitida de duas formas: por via sexual (sífilis adquirida), e pela placenta da mãe para o feto (verticalmente-sífilis congênita). O contato direto com lesões pelos órgãos genitais (cancro duro e lesões secundárias) é responsável pelo índice de 95% dos casos de sífilis. Outras formas de transmissão com menores índices e mais raros são por objetos contaminados, tatuagem e transfusão sanguínea, sendo o risco de contágio de 10% a 60%. (BRASIL, 2005).

A história natural da doença mostra evolução que alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). A sífilis divide-se ainda em sífilis recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

4.2 DESCRIÇÃO DOS TIPOS SÍFILIS

4.2.1 Sífilis Primária

A lesão específica é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação em média três semanas após a infecção. É inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração. Em geral o cancro é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, bordas induradas, que descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolores (AZULAY, 2004).

Localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. No homem é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral. Na mulher é mais freqüente nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino. Assintomático, muitas vezes não é referido. As localizações extragenitais mais comuns são a região anal, boca, língua, região mamária e quirodáctilos. O cancro regride espontaneamente em período que varia de quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz. A ausência de lesão primária geralmente decorria de transfusões com sangue infectado (sífilis deca- pitada). O cancro misto de Rollet é resultante da infecção conjunta com o *Haemophilus ducreyi* (cancro mole). (SAMPAIO; RIVITT, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que, nos locais onde não ha possibilidade de diagnóstico laboratorial, deve-se realizar uma abordagem sindrômica das lesões ulceradas, com o tratamento simultâneo das possibilidades diagnósticas (BRASIL, 1999).

4.2.2 Sífilis Secundária

Após período de latência que pode durar de seis a oito semanas, a doença entrará novamente em atividade. O acometimento afetar a pele e os órgãos internos correspondendo à distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo. Na pele, as lesões (sífilides) ocorrem por surtos e de forma simétrica. Podem apresentar-se em forma de máculas eritematosas (roséola sífilítica) de duração efêmera. Novos surtos ocorrem com lesões papulosas eritemato-acobreadas, arredondadas, de superfície plana, recobertas por discretas escamas mais intensas na periferia (colarete de Bielt). (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Ainda para Avelleira e Bottino (2006), o acometimento dos plantares e palmares são bem característicos. Porém algumas vezes causam a descamação de forma intensa, atribuindo às lesões um aspecto psoriforme. Na face, as pápulas tendem a agrupar-se em volta do nariz e da boca, simulando dermatite seborréica. Nas pessoas negras, as lesões faciais caracterizam-se por configurações anulares e circinações (sífilides elegantes). Na região inguinocrural, as pápulas sujeitas ao atrito e à umidade podem tornar-se vegetantes e maceradas, que são ricas em treponemas e altamente contagiosas (condiloma plano). Na mucosa oral ocorrem

lesões vegetantes esbranquiçada sobre base rosada constituindo as placas mucosas que são também contagiosas.

Lesões residuais hipocrômicas “colar de Vênus” na região cervical e lesões anetodérmicas principalmente no tronco podem suceder as lesões do secundarismo. A fase secundária evolui no primeiro e segundo ano da doença com novos surtos que regridem espontaneamente entremeados por períodos de latência cada vez mais duradouros. Por fim, os surtos desaparecem, e um grande período de latência se estabelece. Os estudos que acompanharam a evolução natural da sífilis mostraram que um terço dos pacientes obtém a cura clínica e sorológica, outro terço evoluirá sem sintomatologia, mas mantendo as provas sorológicas não treponêmicas positivas. E, num último grupo, a doença voltaria a se manifestar (sífilis terciária) (BRASIL, 1999).

4.2.3 Sífilis Terciária

Nessa fase os clientes/pacientes desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. As lesões terciárias caracterizam-se por granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas. Podendo estar ainda acometidos ossos, fígado e músculos. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

No tegumento, as lesões são nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tubercocircinadas e gomas. As lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas delineadas, policíclicas destrutivas. A língua é acometida de forma insidioso e indolor, ocasionando espessamento e endurecimento do órgão. Lesões gomosas podem invadir e perfurar o palato e destruir a base óssea do septo nasal. “Cancro *redux*” é a presença de goma no local do cancro de inoculação, e “pseudocancro *redux*”, uma goma solitária localizada no pênis (RIVITTI, 1999).

4.2.4 Sífilis Congênita

No Brasil a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória em 22 de dezembro de 1986, por intermédio da portaria n° 542/MS, juntamente com a AIDS. (PAZ, 2005)

A patologia ocorre devido à disseminação hematogênica do *T. pallidum*, ou seja, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. (BRASIL, 2007).

Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Portanto, a transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação. A taxa de transmissão é de 70-100% nas fases primária e secundária. (BRASIL, 2007).

Assim, Brasil (2007), esclarece que a contaminação do feto pode causar abortamento, morte neonatal e óbito fetal em 40% dos conceitos infectados ou o nascimento de crianças contaminadas. No entanto, 50% das crianças infectadas apresentam-se assintomáticas ao nascimento. A SC é classificada em duas fases precoce e tardia.

Na fase precoce os sinais e sintomas aparecem nos primeiros dois anos de vida. Os principais sintomas são: exantema maculoso na face e extremidades, condiloma *latum*, lesões bolhosas, fissuras periorais e anais, rinite mucossanguinolenta e baixo peso. Podendo ocorrer, hepatomegalia, esplenomegalia, infadenopatia, anemia, periostite, osteíte, osteocondrite, hidropsia fetal. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). De acordo Duncan (2004), pode-se verificar a presença de pênfigos palmo-plantares, descamação da epiderme, estomatite.

A fase tardia é observada a partir do segundo ano de vida e nesse período as lesões são irreversíveis. Os principais sinais sintomas são: fronte olímpica, palato em ogiva, rágades periorais, tibia em sabre, dentes de Hutchinson, molares em formato de amora, ceratite, surdez e retardo mental. (BRASIL, 2010).

4.2.5 Epidemiologia da Sífilis Congênita

De acordo com Paz (2005), devem ser criadas estratégias que definem a identificação de eventos relacionados aos processos de saúde-doença e que as ações de saúde pública sejam associadas ao planejamento, monitoramento e avaliação dos programas. A definição de caso em epidemiologia constitui-se em uma dessas estratégias, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam

um problema ou doença de forma a controlar as condições de saúde e descrição da ocorrência desse evento.

No Brasil estima-se que a prevalência da Sífilis nas gestantes seja de 3 a 4%. “O Ministério da Saúde desde 1993 vem incentivando programas e atividades na tentativa de eliminar a sífilis congênita com condutas mais rígidas para controle da doença” (SILVA, 2002, p.329). Pois o risco de morte fetal in-uterina, de acordo com Ducan (2004) é de mais ou menos de 25%, quando o tratamento não é realizado corretamente.

De acordo com Brasil (2006), a sífilis congênita ainda em nosso país se constitui um grave problema de saúde pública, com aproximadamente 13.000 casos novos a cada ano e um diagnóstico esperado. As estatísticas no país só aumentam devido à grande ocorrência de aborto espontâneo, morte perinatal, natimorto e em 40% de crianças infectadas de mães não tratadas. Contudo o nosso país é signatário da resolução CE 116. R3 e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de junho de 1995 onde se recomenda a eliminação da sífilis congênita por todas as Américas.

Por isso o Ministério da Saúde lançou, juntamente com os demais órgãos mundiais de saúde, o projeto de eliminação da sífilis congênita e definiram como meta uma incidência menor ou igual a um caso a cada 1.000 nascidos vivos (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

No entanto, as metas governamentais até agora não foram atingidas e, de acordo com informes oficiais do próprio governo brasileiro, as taxas de sífilis congênita ainda permanecem extremamente elevadas. (LORENZI; MADI, 2001).

“Em 2003, ocorreram mais ou menos 843.300 casos de sífilis no Brasil.” Os casos registrados de sífilis congênita entre 1998 e 2004 totalizaram 24.448”. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006 p.112).

Conforme Mezzacappa. (1998), a SC primária ou secundária é responsável por 95% dos casos de prematuridade e morte perinatal.

Segundo Avelleira e Bottino (2006), na maioria dos pacientes infectados pelo vírus HIV os resultados das sorologias para Sífilis apresentam-se dentro dos padrões encontrados de mesma maneira em pacientes não infectados. Contudo resultados contraditórios podem ocorrer. Sendo que a Sífilis nos pacientes infectados pelo HIV encontra-se presente em 27,5% nos homens e 12,4% nas mulheres em estudos realizados nos EUA.

Torna-se necessário que se desenvolvam políticas no sentido de facilitar o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal e melhorar o padrão dos profissionais de maneira que se possa diagnosticar precocemente a doença para que o tratamento de mesma seja iniciado o mais breve possível (SANTOS; SENISE, 2000).

4.2.6 Diagnóstico da Sífilis Congênita

O diagnóstico da sífilis congênita depende da combinação dos critérios clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta. (BRASIL, 2005).

A sorologia para sífilis deve ser feita no primeiro trimestre de gestação quando a gestante estiver com vinte oito semanas, no terceiro trimestre e no momento do parto. A confirmação sorológica deve ser feita através de um exame não treponêmico Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e confirmada por um exame treponêmico Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTA-ABS), pois a utilização dos dois métodos auxilia na precisão do diagnóstico (SANTOS; SENISE, 2000).

Na sorologia para sífilis primária conforme Pardini (2002), os testes de VDRL e FTA-ABS se positivam depois do cancro duro com sensibilidade de 85%, na sífilis secundária a sensibilidade da sorologia é de 99% e na terciária é de 70% e FTA-ABS de 98%. O VDRL é um teste não treponêmico que utiliza a cardiolipina que normalmente está baixa e encontra-se elevada na presença da sífilis. O VDRL é uma reação de floculação muito sensível, tornando-se positivo em duas semanas após o aparecimento do cancro.

O FTA-ABS é utilizado para detectar anticorpos IgG com objetivo de confirmação de resultados reagentes e não reagentes em testes não-treponêmicos no diagnóstico da Sífilis tardia. (ÁLVARO, 2005).

Entretanto, o MS normatizou a definição sobre o caso conforme quadro 1 demonstrado abaixo. (BRASIL, 2005).

Caso confirmado: quando o *T. pallidum* ou seu material genético é constatado fisicamente em amostras de lesões, líquido amniótico, cordão umbilical ou de tecidos oriundos da necropsia

Caso presuntivo: quando pelo menos um dos seguintes parâmetros está presente:

1 – RN ou criança cuja mãe contaminada não tenha sido tratada ou o foi de forma inadequada;

2 – RN ou criança exibindo teste treponêmico positivo e algumas das seguintes alterações: evidência de sífilis congênita ao exame físico; alterações radiológicas; VDRL positivo no líquido; elevado conteúdo de proteínas ou leucocitose no líquido, na ausência de outras causas; IgM positiva para lues

3 – Natimorto sífilítico – morte fetal ocorrida em gestação de mais de 20 semanas ou feto com peso superior a 500g, nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

Fonte: (BRASIL, 2005).

Quadro 1- Definições sobre caso de sífilis congênita

Entre os procedimentos para avaliação diagnóstica que devem ser realizados com o Recém-nascido em caso de confirmação materna de sorologia para Sífilis inclui-se: “Além do exame físico, deve ser coletado VDRL no segundo ou terceiro dia de vida” (MEZZACAPPA, 1998, p. 240).

A sorologia no Líquido Cefalorraquidiano (líquor) deve ser realizada para verificação de neurosífilis, em todo recém-nascido de mãe com sífilis. O aumento das células acima de 25 leucócitos/mm³ ou das proteínas acima de 150mg/dl no resultado do exame pode ser dado sugestivo de neurosífilis. (BRASIL, 2005).

Nas sorologias para Sífilis são obtidos títulos elevados (>1/32 diluições) nas fases primárias ou secundárias da doença, com tendência a se normalizar após o tratamento. Títulos baixos são considerados aqueles que apresentarem valores de 1/1 até 1/4 diluições, podendo permanecer após o tratamento, caracterizando uma cicatriz sorológica. No líquido, um VDRL reagente quase sempre indica uma infecção sífilítica passada ou presente no sistema nervoso central. Resultados falso-positivos com títulos variando de 1/1 até 1/8 podem ser observados em outras patologias como nas doenças auto-imunes (ÁLVARO, 2005).

O uso de testes treponêmicos como o FTA-ABS tem a finalidade segundo Álvaro (2005), de proporcionar maior sensibilidade ao diagnóstico. Na maioria dos casos, a positividade permanece por toda a vida, embora alguns pacientes tornem-

se não-reagentes com o passar dos anos. Os títulos IgG tendem a desaparecer em até 8 meses após o nascimento se isso não ocorrer, a persistência nos títulos após este período pode ser interpretada como Sífilis Congênita (ÁLVARO, 2005).

4.2.7 Tratamento da Sífilis Congênita

A terapêutica medicamentosa da sífilis na gestante com o uso de penicilina evita a ocorrência da infecção congênita. (GUINSBURG; SANTOS, 2010). Segundo Brasil (2008), a penicilina é a única medicação capaz de atravessar a barreira placentária a fim de proteger o feto. As reações anafiláticas após o seu uso são raras, ocorrendo entre 0,5 a 1/100.000. Nesse contexto a PORTARIA N^o 156/GM de 19 de janeiro de 2006, resolve:

Art. 1^o Determinar a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para situações em que seu uso se impõe, segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 2^o Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a norma referente aos esquemas terapêuticos para situações em que o uso da penicilina se impõe os procedimentos a serem tomados, materiais necessários e os sinais e sintomas de anafilaxia.

Art. 3^o Determinar que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.

Art. 4^o Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 2006.)

Se a sorologia materna positivar devem ser seguido o seguinte esquema: na Sífilis Primária tratar com dose única de penicilina benzatina 2.400.000 UI. Na Recente (até um ano de exposição) tratar com 2.400.00 UI penicilina benzatina e repetir em uma semana, dose total de 4.800.000 UI; e na Sífilis tardia (um ano ou mais de exposição) tratar com penicilina benzatina a 2.400.00 UI em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UI. Tratar o parceiro sempre, e em caso de VDRL negativo repetir exame no 3^o trimestres da gravidez e em caso de aborto. (BRASIL, 2000). Observe a tabela 2 a seguir.

Tabela 1 - O Uso da Penicilina na Atenção Básica à Saúde e Demais Unidades do Sistema Único de Saúde

Estadiamento	Penicilina G. Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série ¹ Dose total: 2.400.000UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000UI IM	1 semana mensal	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000UI IM	1 semana	VDRL mensal

Fonte: BRASIL, 2006

No entanto, se o tratamento for realizado com drogas alternativas o feto deve ser considerado não tratado. (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Segundo Silva (2002), o tratamento indicado para os Recém-nascidos deve ser feito com penicilina G cristalina, penicilina G procaína ou ainda a penicilina G benzatina conforme prescrição médica.

A penicilina G cristalina deve ser administrada a 100.000U/kg/dia na primeira semana (12/12 horas) e na segunda semana, 150.000U/kg/dia em 3 doses (8/8 horas) por via endovenosa (EV) de preferência. A penicilina G procaína conforme Silva (2002) deve ser administrada em dose única diária a 50.000Us/kg/dia por via intramuscular (IM). E a Penicilina G Benzatina deve ser administrada a 50.000U/kg em dose única. (BRASIL, 2006).

Silva (2002), também considera que nos recém-nascidos assintomáticos o tratamento pode ser feito com a penicilina G procaína. Nos recém-nascidos mais graves o tratamento deve ser iniciado com a penicilina cristalina via EV e depois da melhora do quadro clínico, continuar com a procaína. Nos bebês em que for indicada

a penicilina G benzatina, deve ser feita apenas uma dose. Se o tratamento for interrompido por mais de um dia ele deverá ser reiniciado.

Após o tratamento a avaliação destes recém-nascidos deve ser mensal nos primeiros seis meses de vida e a cada dois meses no segundo trimestre (SILVA 2002).

Se o Líquor inicial estiver alterado deve-se repeti-lo com intervalos de seis meses até que a normalidade seja evidenciada. E é recomendado o acompanhamento audiológico e oftalmológico semestral. “O VDRL deve ser realizado com 1, 3, 6, 12 e 18 meses se necessário [...] ou até que se torne negativo” (SILVA, 2002, p.348).

4.3 IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM VDRL REAGENTE

O profissional enfermeiro é importante no acompanhamento pré-natal de gestante VDRL reagente por possui conhecimento científico adequado e por ser um bom educador e provedor do bem estar biopsicosocial. (FERNANDES et al., 2011)

O enfermeiro é capaz de incentivar, planejar, executar e implementar ações que minimizem os riscos de transmissão transplacentária do *T. palidum*. As ações de prevenção devem ser realizadas por meio de constante informação para as mulheres em idade fértil. As atividades educativas devem priorizar os fatores de risco socioeconômico e as mudanças de comportamento sexual com ênfase na utilização adequada de preservativo. (APARECIDA et.al., [2006?])

Conforme Santos e Senise (2000), os fatores de risco para adquirir sífilis congênita estão relacionados diretamente com o baixo nível socioeconômico, à baixa escolaridade, à promiscuidade sexual, à presença de outras patologias transmitidas por via sexual, o uso de drogas, à falta de assistência à saúde e principalmente a não realização da assistência pré-natal entre outros.

O profissional enfermeiro, responsável pela assistência pré-natal, deve esclarecer questões relacionadas: as mudanças fisiológicas do corpo; evolução do feto; sexualidade; aspectos emocionais da mãe VDRL reagente; atividade física; alimentação; auto cuidado e autoestima; trabalhar mitos e tabus com a gestante e com a família; direitos trabalhistas; imunização; amamentação; cuidados com o recém-nascido; sinais do parto; tipos de parto; puerpério; planejamento familiar;

depressão pós-parto deve indicar métodos de práticas sexuais seguras, a fim de evitar novas infecções. (SANTOS, 2000).

A assistência a saúde da gestante deve ocorrer o mais breve possível, podendo ser realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por meio de visitas domiciliares, sendo atribuição de o enfermeiro prestar assistência direta. (MARQUES; PRADO, 2004).

A atuação do enfermeiro no pré-natal é de suma importância, uma vez que o mesmo possui maior contato com a população, assim incentivando a gestante através da interação, envolvendo o parceiro e a família na assistência. (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Uma das principais finalidades da realização do pré-natal é garantir o nascimento de um bebê saudável, sem consequências à saúde materna. No pré-natal é avaliado o estado de saúde da mãe. (DUNCAN, 2004).

Para que isso aconteça é necessário um atendimento de pré-natal programado de acordo com os períodos gestacionais, que determinam maior risco materno e perinatal. Devendo ser iniciado precocemente, no primeiro trimestre, sendo regular e completo, garantido todas as avaliações necessárias. Devendo ainda ser preenchido o cartão da gestante e a ficha de pré-natal adequadamente. (LEITÃO et al., 2009).

Importante anotar ou anexar na carteira da gestante o número do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal), o resultado e datas das sorologias, bem como, a droga, a dose e a data do tratamento realizado na gestante e no seu parceiro. A gestante deve ser orientada para que tenha a carteira em seu poder no momento do parto (BRASIL, 2002).

Segundo Marques e Prado (2004), a consulta de pré-natal proporciona ao enfermeiro maior autonomia, e condições de atuar de forma direta e independente, fornecendo subsídios para diagnosticar, elaborar o plano assistencial, buscando meios para melhor assistir à gestante e documentar a sua prática.

Para o controle da sífilis congênita é necessário que o enfermeiro desenvolva medidas efetivas que consiste em oferecer uma assistência adequada a toda gestante, que, de acordo com o MS, incluem (tabela 2):

Tabela 2: Medidas efetivas para o controle da Sífilis Congênita

- a) Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) Realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) Realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28.^a semana. Na Maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto);
- d) Instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) Documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis no cartão da gestante;
- f) Notificação dos casos de sífilis na gestação e congênita. Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser coletado sangue periférico do recém-nascido para realização do VDRL e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de líquido, radiografias de ossos longos e hemograma.

Fonte: (LEITÃO et al., 2009).

No caso da gestante com VDRL reagente o enfermeiro deve ter uma atenção redobrada, tanto com a mãe quando com o feto. Deverá ser feito um acompanhamento com medicação para redução da taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum*. Fazer controle de cura trimestral, com a realização do VDRL. A falta de acompanhamento da queda da titulação do VDRL impossibilita avaliar se a gestante cumpriu o tratamento adequadamente e assim uma possível reinfecção. (SANTOS, 2000).

A promoção de saúde através da consulta de pré-natal vem sendo um dos melhores indicadores de resultados obstétricos e neonatais da gravidez. Tomando esse cuidado, que é considerado uma prioridade em saúde pública, estará diminuindo a morbidade/mortalidade materna e infantil. Caracterizando como medidas preventivas e educativas, identificação de situações de risco e intervenção precoce. Com a introdução do programa de pré-natal e com a implementação do Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher na década de 80, ocorreu mudanças significativas, como o aumento da cobertura e início precoce do pré-natal. (SUCCI et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho teve como propósito abordar a importância do profissional enfermeiro frente à gestante com VDRL reagente, de modo a chamar a atenção dos profissionais de saúde através da adoção de medidas preventivas para a erradicação da Sífilis Congênita.

Constatou-se que toda gestante deve realizar um pré-natal de qualidade conforme preconizado pelo ministério da saúde, visando principalmente às doenças transmitidas sexualmente, como a sífilis, e também na promoção de saúde.

No entanto percebeu-se que com a ocorrência da sífilis, a gestante deve ser acompanhada adequadamente e mesmo com o aumento do número de consultas do pré-natal a sífilis ainda continua a ser um grave problema de saúde pública. Necessitando dos profissionais de saúde estar mais bem qualificados.

Além disso, será necessária uma maior atenção por parte de órgãos gestores e equipes de saúde com maior competência e envolvimento a fim de diminuir os casos de crianças infectadas. Com toda determinação e respeito, buscando incorporar os pilares necessários, será possível erradicar a sífilis.

Dessa forma cabe aos enfermeiros trabalhar com as peculiaridades de cada gestante, buscando orientá-las em seus medos e angústias, sempre desenvolvendo ações em conjunto com outros profissionais, garantido assim uma melhor assistência onde incorpora múltiplos saberes. Devendo o mesmo estar atualizado, detectando assim possíveis intercorrências na gestação. Deste modo o enfermeiro possui um papel de destaque na atenção integral e vem atuando como articulador de informações e das ações propostas.

REFERÊNCIAS

ÀLVARO, Largura. **Manual de Exames**. Cascavel: S. E. D, 2005. Disponível em: <www.laboratorioalvaro.com.br/home/menuexames> acesso em: 15 set 2012.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi e BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais Brasileiro de Dermatologia. 2006, v.81, n.2. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-006000200002&script=sci_arttext>.

Acesso em: 23 maio 2012.

AZULAY, M. M. **Dermatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004 <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000200002...sci>> Acesso em 12 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília: 1993. Disponível em:

<<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=2268>> acesso em: 10 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3. ed. Brasília (DF): 1999. Disponível em:

<<http://pt.scribd.com/doc/50312829/manual-de-controle-das-doencas-sexualmente-transmissiveis-dst>> acesso em 25 ago 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: Assistência pré-natal**. 3. ed. Brasília: 2000. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/36799410/Assist-en-CIA-Pre-natal-Manual-Tecnico-1>> acesso em: 30 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e Nascimento**. Brasília: 2002. Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf > acesso em 10 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita**. Brasília (DF): 2005. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> acesso em 10 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf> acesso em 30 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> acesso em: 15 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica: sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília: 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CBVE_sifilis.pdf> acesso em: 30 set 2012.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré - natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, nov/dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO1002032001001000006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2012.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primárias Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Projeto Diretrizes 2001**. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes dos. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita documento científico – Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012.

LEITÃO E. J. L et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia - DF. **Ciências e Saúde**. 2009. V. 20. n 4. Disponível em:<http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MARQUES, R.G; PRADO S.R.L.A. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Revista de Enfermagem**, UNISA: 2004. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-07.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2012.

MEZZACAPPA, Maria Aparecida. **Manual de Neonatologia - NICAMP**. Centro de Atenção à Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

OMS. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao_final/sites/default/files/arquivos/WHO_ELIMINACAO_MUNDIAL_DA_SIFILIS.pdf>. Acesso em 20 ago. 2012

PARDINI, Hermes. Instituto de patologia Clínica. **Manual de Exames. S. E. D.** Belo Horizonte. 2002.

PAZ, Leidijany Costa et al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 58, n.4, jul/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a21v58n4.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2012.

PEELING, R.W et al. Avoiding HIV and Dying of Syphilis. **Lancet**, v. 364, n.9445, 2004. Disponível em:< [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17327-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17327-3/fulltext)>. Acesso em: 10 set. 2012.

REIS, Helena Lucia B. et al. Sífilis recente em gestante e efeito prozona na sorologia: relato de caso. **Dst – jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. 2007; v. 19. n. 3. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/10.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2012.

RENA, Gerson Oliveira et al. **Doenças infecciosas e parasitárias: Aspectos Clínicos, de Vigilância Epidemiológica e de controle**. Guia de Bolso. Fundação Nacional da Saúde: 1998.

RIVITTI, E. A. Sífilis. In: Machado-Pinto J. Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

RIVITTI, E. A. Sífilis Adquirida. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 1999.

RODRIGUES, Celeste S; GUIMARÃES, Mark D. C. Grupo Nacional de Estudo Sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**. Washington, v.16 n.3. Set. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1020-4989200400090003&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 05 Setembro 2012.

SAMPAIO, S. A. P; RIVITTI, E. A. Sífilis e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes dos; SENISE, Vera Lúcia Figueiredo. **Infecções Congênitas e Perinatais**. Manual de Neonatologia. Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e a criança. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 4, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2005000400027&script=sci_arttext> Acesso em: 15 setembro 2012.

SILVA, Adeildo Simões da. **Manual de Neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SUCCI, Regina Célia de Menezes et al. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2008, v.16, n.6. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000600008&lang=pt&lng=>>. Acesso em: 22 set. 2012.