



INFORMES TÉCNICOS

## RELATÓRIO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA - 1995

ÂNGELA TAYRA, LUIZA HARUNARI MATIDA

**A** Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou para o ano de 1995: 1,3 milhão de novos casos de sífilis adquirida para a América Latina e Caribe. Em função não só desta estimativa mas também do recrudescimento dos atendimentos nos Serviços de Saúde, ressaltamos a presença da sífilis congênita no nosso meio, já que esta é um reflexo da sífilis adquirida nas mulheres gestantes.

Apesar destes índices, ainda há uma grande subnotificação de casos ao Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo, o que dificulta a avaliação e controle desta doença no nosso Estado. Com o conhecimento do seu comportamento em nosso meio, haveria uma facilitação no planejamento de medidas para o seu combate. É realmente preocupante a questão da subnotificação, que acreditamos estar aliada à atual situação do Sistema de Saúde como um todo: nesta época do ano (setembro de 1996) o Grupo de Epidemiologia recebeu notificação de somente 112 casos relativos a 1996 e, infelizmente, este relato não traduz um decréscimo dos casos e sim a sua subnotificação, ou atraso das notificações.

Mas, mesmo considerando apenas os casos notificados, no período de 1991 a 1995, houve um acréscimo de 577% de sífilis congênita no nosso Estado. Vale salientar que mesmo um único caso de sífilis congênita traduz

um Sistema de Saúde inadequado, já que esta é uma doença perfeitamente prevenível.

Devido aos treinamentos e à divulgação sobre a vigilância e controle da sífilis congênita realizados por este Programa nos anos de 1994 e 1995, alguns Serviços de Saúde passaram a nos notificar.

É interessante a observação tanto da Figura 2 como da Tabela, já que durante os treinamentos realizados, muitos profissionais relatam terem diagnosticado casos de sífilis congênita e, no entanto, estes não se encontram notificados. Por esta razão, voltamos a divulgar o fluxo do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE).

Há uma grande possibilidade de as Direções Regionais de Saúde (DIR) que apresentam "zero" casos notificados não estarem demonstrando a realidade. Fica a sugestão da busca ativa de casos, principalmente em Maternidades e Hospitais Gerais.

Neste quadro, chama atenção, mais uma vez, a necessidade de se repensar a qualidade do pré-natal oferecido às gestantes, já que 65,1% das mães dos casos de sífilis congênita realizaram o pré-natal, sendo que 66% destas freqüentaram mais de três consultas.

Dados sobre abortos e natimortos anteriores podem ser utilizados como indicadores epidemiológicos para o diagnóstico de sífilis congênita. Apesar da indicação da pesquisa do HIV para todas as pessoas com sífilis,

somente 33 destas mães (8,29%) tiveram acesso a este teste com 30% de soropositividade (10/33). Sabemos da importância cada vez maior que a associação das DSTs em geral vem apresentando com relação à AIDS. No Estado de São Paulo, até 31/12/95, foram notificados ao SVE 42.425 casos de AIDS, sendo 18,9% em mulheres. No Município de São Paulo, a AIDS é a primeira causa de óbito nas mulheres com faixa etária entre 25 e 49 anos.

*Na sífilis congênita,  
a maioria dos casos  
(81%) se apresenta  
assintomático ao  
nascimento.*

Voltamos a salientar a importância do conhecimento da causa do óbito fetal, sabendo-se, segundo a maioria dos autores, que cerca de 40% dos casos de sífilis congênita são referentes a óbitos fetais (precoce, intermediário e tardio = natimorto).

Em alguns casos de óbito fetal, investigados pelo SVE, houve a oportunidade do diagnóstico de outros casos na família, o que leva à possibilidade de interromper a cadeia de transmissão.

Insistimos na distribuição dos casos por faixa etária de notificação, apresentado no relatório anterior, para ressaltarmos a possibilidade de que muitas das crianças notificadas após uma semana de vida poderiam estar sendo notificadas precocemente, o que agilizará o controle da sífilis congênita.

A maioria dos casos (81%) se apresenta assintomático ao nascimento, o que reforça a necessidade de pesquisa laboratorial e epidemiológica.

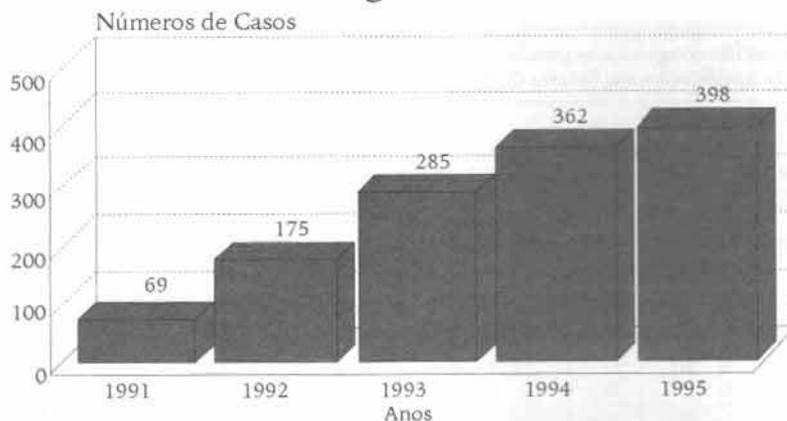
Apesar do conhecimento da maior sensibilidade/especificidade do VDRL de sangue periférico do RN, observamos que na prática os Serviços ainda utilizam o sangue do cordão umbilical. Quanto aos testes treponêmicos, os mais utilizados são o FTA-Abs e o MHA-TP, sendo que o último apresenta custo mais baixo e relativa facilidade técnica; lembrando que os testes para triagem e acompanhamento sorológico-terapêutico são os não-treponêmicos (VDRL, RPR). De acordo com o Ministério da Saúde/Centers for Disease Control and Prevention (CDC), todas estas crianças deveriam ter seu líquido (VDRL, citobioquímico, proteínas) e seus ossos (RX) pesquisados; contudo, por esta tabela observamos a inexistência destas pesquisas.

Segundo o Ministério da Saúde/CDC, a indicação da penicilina benzatina deve estar restrita às crianças que tiveram seu exame físico/laboratorial (LCR, RX de ossos longos, VDRL) normal, mas com uma das seguintes condições:

- eritromicina na gestação;
- dose inadequada de penicilina;
- tratamento adequado da mãe 30 dias antes do parto;
- tratamento adequado da mãe, mas sem seguimento sorológico.

Estas indicações devem ser seguidas rigorosamente, pois é sabido que a penicilina benzatina não atravessa a barreira líquórica, podendo vir a ocorrer, na falha da observação desta indicação, um caso de neurosífilis. Salientamos

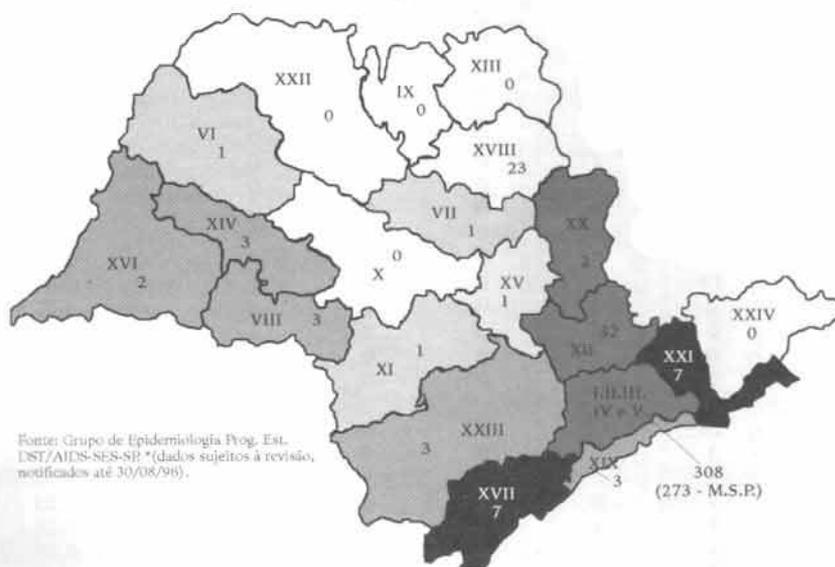
**Figura 1**



Fonte: Grupo de Epidemiologia-Programa Estadual de DST/AIDS/CVE-SES-SP.  
\* (dados sujeitos à revisão- fichas recebidas até 30/08/96).Bsc95.prs

Total de casos notificados de sífilis congênita, no período de 1991 a 1995\*, no Estado de São Paulo.

**Figura 2**



Fonte: Grupo de Epidemiologia Prog. Est. DST/AIDS-SES-SP. \* (dados sujeitos à revisão, notificados até 30/08/96).

Total de casos de sífilis congênita, segundo Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo, em 1995\*.

...para "eliminar a sífilis congênita",  
temos que combater a sífilis adquirida.

que, mesmo com a indicação adequada da penicilina benzatina, esta criança, assim como as demais, devem ser acompanhadas clínica e laboratorialmente por pelo menos dois anos.

Algumas das mães "tratadas" inadequadamente receberam eritromicina na gestação, o que em termos de sífilis congênita é uma terapêutica incorreta. Nos diferentes treinamentos realizados pelo Programa Estadual de DST/AIDS,

foi observada a necessidade de se rever junto às Equipes de Saúde a correta aplicação dos testes de hipersensibilidade à penicilina e a eventual dessensibilização. Por esta razão, em breve, estaremos divulgando um documento técnico, elaborado por especialistas da

área, visando a elucidação deste problema, já que a penicilina ainda é a droga de escolha para a sífilis na gestação e para a neurosífilis.

Quanto aos parceiros, a situação é ainda mais precária, pois somente 17,08% (68/398) foram "tratados", sendo que 38,23% destes foram tratados inadequadamente. Se quisermos realmente "eliminar a sífilis congênita", temos que combater a sífilis adquirida, já que a sífilis congênita nada mais é do que um reflexo da

## Tabela

Total de casos notificados de sífilis congênita, segundo DIR\*, unidade notificadora e faixa etária na data da notificação, no Estado de São Paulo, em 1995.

DIR	Unidade de Saúde	Faixa Etária					IGN	Total	%
		0-7d	8-28d	29d-1a	1-2a	>2a			
1	Cse butantã	0	1	2	0	0	0	3	0,75
	Ubs tucuruvi	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Nehc fmusp-hc	1	0	2	0	0	0	3	0,75
	Casa de saúde S. Marcelina	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Sta. Casa de S. Paulo	0	1	1	0	0	0	2	0,50
	Hosp. Munic. A.R. Saboya	6	0	0	1	0	0	7	1,76
	Hosp. Munic. Tatuapé	3	0	0	0	0	0	3	0,75
	Hosp. Univers. USP	0	30	2	0	0	0	32	8,04
	Amb. Esp. V. Joaniza	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Csii Pq. Artur Alvim	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Mat. I.M. Barros	17	24	4	0	0	0	45	11,31
	Hosp. Mat. Amico-Saúde	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Hosp. São Paulo	4	2	1	0	0	0	7	1,76
	Hosp. Munic. I.P. Gouveia	3	5	1	0	0	0	9	2,26
	Hosp. Iguatemi	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Central Sorocabano	0	0	3	0	0	0	3	0,75
	Hosp. Mat. E.V.N. Cachoeirinha	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Munic. Tide Setubal	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Reg. Sul	3	2	0	0	0	0	5	1,26
	Sta. Casa de Santo Amaro	7	5	1	0	0	0	13	3,27
	Hosp. Mat. S. Leopoldo	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Pam Geraldo da S. Ferreira	0	2	1	0	0	0	3	0,75
	Ubs Campo Limpo	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Ubs JD Herculano	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Mat. de Interlagos	0	4	0	0	0	0	4	1,01
	Hosp. Ipiranga	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Munic. W. de Paula	13	5	0	0	0	0	18	4,52
	Hosp. Geral.vncachoeirinha	1	2	14	0	0	0	17	4,27
	Hosp. Geral de V. Penteado	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	Hosp. G. Parada de Taipas	1	1	0	0	0	0	2	0,50
	Hosp. Munic. Campo Limpo	35	18	7	0	0	0	60	15,08
	Hosp. Mat. jd. Sarah	11	2	1	0	0	0	14	3,52
	Hosp. Geral de Guaianases	2	0	0	0	0	0	2	0,50
Hosp. Munic. Ver. Storopoli	1	0	1	0	0	0	2	0,50	
Proaim-sms-pmsp	2	2	0	0	0	0	4	1,01	
Sub-total-dir 1							273	68,59	
2	Hosp. Público de Diadema	3	15	12	0	0	0	30	7,54
	Ubs Reid	1	1	1	0	0	0	3	0,75
Sub-total-dir 2							33	8,29	
5	Ums Jucituba	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Ve Secr. Saúde d	0	0	1	0	0	0	1	0,25
Sub-total-dir 5							2	0,50	
6	Serviço vs/ve Penápolis	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 6							1	0,25
7	Vigilância epid-araraquara	0	0	1	0	0	0	1	0,25

sífilis adquirida. Para que haja a "quebra" da transmissão da sífilis adquirida, é necessário um investimento não só sobre o diagnóstico/tratamento adequados, mas principalmente sobre a prevenção da doença.

## Notas

### A SÍFILIS CONGÊNITA EM ALGUNS SERVIÇOS

1. HOSPITAL E MATERNIDADE JD. SARAH – SMS – PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

*Para a "quebra" da transmissão da sífilis adquirida, deve-se investir na prevenção da doença.*

Avaliação dos casos notificados de sífilis congênita do Distrito de Saúde do Butantã em 1993 e 1994.

"O Distrito de Saúde de Butantã localiza-se na região oeste do Município de São Paulo e possui (na ocasião):

- sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com pré-natal, um ambu-

latório de pré-natal de alto risco, um pronto-socorro e uma maternidade de referência distrital;

- infra-estrutura razoável de apoio diagnóstico próprio e disponibilidade de encaminhar pelo SADT, não havendo solução de continuidade na oferta dos exames;
- núcleos de vigilância epidemiológica em todos os serviços.

Resolveu-se discutir a situação da sífilis congênita e a nova definição de caso com as equipes multiprofissionais dos serviços:

DIR	Unidade de Saúde	Faixa Etária					IGN	Total	%
		0-7d	8-28d	29d-1a	1-2a	>2a			
	Sub-total-dir 7							1	0,25
8	Hosp. Regional de Assis	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Coord. Vig. S. Meio Amb.-Assis	1	1	0	0	0	0	2	0,50
	Sub-total-dir 8							3	0,75
11	Csi de Avare	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 11							1	0,25
12	Csi de Amparo	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Nve-HC-Unicamp	4	10	8	0	0	0	22	5,53
	Hosp. Mat. Atibaia	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Hosp. Mat. Celso Piarro	0	0	2	0	0	0	2	0,50
	Policlínica Mun. Campinas	0	0	0	1	0	0	1	0,25
	Hosp. Mat. de Campinas	1	4	0	0	0	0	5	1,26
	Sub-total-dir 12							32	8,04
14	Hosp. S. Fco. Assis-Marília	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Csi Adamantina	1	0	1	0	0	0	2	0,50
	Sub-total-dir 14							3	0,75
15	Csii Capivari	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 15							1	0,25
16	Ubsiv de Pres. Prudente	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	CSIII Jd São Pedro	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 16							2	0,50
17	Ubsiv de Registro	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	UBSIII Jacupiranga	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	UBS II Juquiá	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	Unid. Mista de Miracatu	2	0	0	0	0	0	2	0,50
	Hosp. Reg. V. Ribeira	0	0	2	0	0	0	2	0,50
	Sub-total-dir 17							7	1,76
18	Hosp. Clínicas FMRP	2	9	11	1	0	0	23	5,78
	Sub-total-dir 18							23	5,78
19	Amb Pombeba	0	0	0	0	1	0	1	0,25
	Amb. Espec. Cubatão	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Ve-São Vicente	0	1	0	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 19							3	0,75
20	Ums Farm Raul C. Câmara	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Uis Dr. Paulo EM	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 20							2	0,50
21	Sta. Casa de Mis. S.J. Campos	2	1	0	0	0	0	3	0,75
	Csii S. José dos Campos	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	Ues(S. José dos Campos)	2	1	0	0	0	0	3	0,75
	Sub-total-dir 21							7	1,76
23	UBSIII de Cerquilha	1	0	0	0	0	0	1	0,25
	UBSIII pq de árvores	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	CSII Dr. Jonas a. Novaes	0	0	1	0	0	0	1	0,25
	Sub-total-dir 23							3	0,75
99	Ignorado	0	0	0	1	0	0	1	0,25
	Total							398	100

Fonte: Grupo de Epidemiologia-Programa Estadual de DST/AIDS/CVE-SES-SP.

Dados sujeitos à revisão(30/08/96). t1rel95.xls

\*DIR= Direção Regional de Saúde (Estado de São Paulo).

*Lesões sifilíticas  
podem facilitar  
a penetração do HIV  
na corrente  
sangüínea.*

- levantamento dos dados das UBSs, maternidade e PS sobre o número de gestantes esperadas para a área de abrangência, cobertura dada pelos serviços, número de casos de sífilis congênita por áreas, etc.

- apresentação e comparação dos dados locais /distritais.

Que levaram a:

- discussão da organização dos serviços de pré-natal nas UBSs desde a matrícula no sistema, a identificação da gestante no contingente de mulheres atendidas pelo programa de saúde da mulher; a qualidade do pré-natal; os exames de rotina; o fluxo dos exames e seus resultados; a interligação do atendimento com a vigilância epidemiológica; e a ligação da obstetria com o berçário.

- aulas expositivas sobre lues congênita.

Resultados:

- elaboração de novos instrumentos de levantamento de dados no nível local para se identificar o número de gestantes matriculadas nas UBSs durante o ano;

- reorganização do atendimento pré-natal com agilização na matrícula e pedido de exames por equipe multiprofissional antes mesmo da consulta médica; o segundo exame de VDRL no terceiro trimestre; a organização do fluxo dos resultados, com priorização e notificação dos positivos, tratamento e acompanhamento da gestante e do(s) parceiro(s).

- necessidade de anotação de exames e do tratamento no cartão da gestante/encaminhamento.

- quando na detecção do caso na maternidade, realizar o tratamento da puérpera e do(s) parceiro(s) (1ª dose), a coleta do exame e o encaminhamento familiar para a UBS de residência para acompanhamento.

2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA.

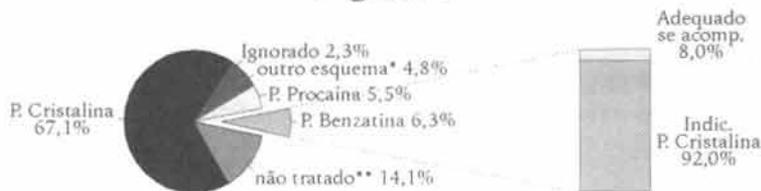
Regina Célia de M. Succi.

Seqüelas tardias da Sífilis.

“Na época atual, utilizando os critérios mais abrangentes para caracterizar a sífilis congênita, tem sido infrequente detectarmos os sinais e sintomas desta infecção congênita no período neonatal. Entretanto, a necessidade de seguimento ambulatorial por pelo menos 24 meses é reforçada quando verificamos alguns números.

A disciplina de Infectologia Pediátrica da UNIFESP - Escola Paulista de Medicina mantém um ambulatório onde são acompanhadas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita. De 54 crianças com acompanhamen-

Figura 3



\* outros tratamentos: todos inadequados.

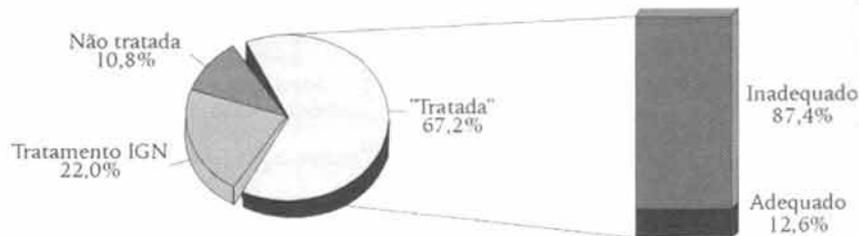
\*\* casos não tratados:

- 78,57% com indicação de P. Cristalina;
- 16,0% eram natimortos ou evoluíram a óbito;
- 5,35% ok-estavam em acompanhamento.

Fonte: Grupo de Epidemiologia-Programa Estadual de DST/AIDS/CVE-SES-SP (dados sujeitos a revisão- fichas recebidas até 30/08/96). (31e95.pr)

Total de casos notificados de sífilis congênita, segundo tratamento, no Estado de São Paulo, em 1995.

Figura 4



Fonte: Grupo de Epidemiologia-Programa Estadual de DST/AIDS/CVE-SES-SP (dados sujeitos a revisão-30/08/96)

Total de casos notificados de sífilis congênita, tratamento das mães no pré-natal, no Estado de São Paulo, em 1995.

**Quadro 1**  
**Algumas características das mães**

- Idade média = 27,35 anos;
- Idade mediana = 27 anos;
  - 5,78% (23/398) com idade menor de 18 anos;
- 72,36% (288/398) com história de duas ou mais gestações;
- 10,30% (41/398) com história de natimorto;
- 23,61% (91/398) com história de aborto;
- 65,08% (259/398) realizaram o pré-natal;
  - 45,18% (117/259) iniciaram o pré-natal nos 1º e 2º trimestres de gestação;
  - 66,41% (74/259) com mais de três consultas;
- 46,33% (120/259) com diagnóstico de sífilis no pré-natal;
- 32,81% (85/259) frequentaram o pré-natal mais de três consultas e não foram diagnosticadas ou o dado de diagnóstico de sífilis foi ignorado;
- 8,29% (33/398) da pesquisa do HIV com 30,30% (10/33) de positividade.

*É necessário um esforço imenso dos médicos para reverter o fluxo ascendente de novos casos.*

to superior a seis meses, observamos aspectos muito interessantes desta doença. Apenas quatro crianças (7,4%) apresentavam evidências clínicas da infecção no período neonatal; entretanto, na evolução, 20 apresentaram anemia (37,0%), sete apresentaram alterações neurológicas (12,9%) e dez apresentaram alterações do processamento auditivo central (18,5%).

Estes fatos chamam a atenção sobre a necessidade de seguimento multidisciplinar a longo prazo destas crianças.

### 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.

Maurício Magalhães. A associação sífilis e AIDS congênita.

“Existem evidências indiretas de que as lesões sífilíticas podem facilitar a penetração do HIV na corrente sanguínea e de que o HIV aumentaria a transmissão da sífilis congênita. Esta associação assume importância por serem doen-

ças com características epidemiológicas semelhantes.

Em um levantamento realizado na Unidade Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em recém-nascidos que apresentaram sorologia de sangue de cordão positiva para sífilis durante o período de 1991 a 1994, foi encontrada uma associação com ELISA positivo para HIV de 12,5%. Este número é ainda maior nas crianças cujas mães não realizaram pré-natal, cerca de 37%, mostrando a obrigatoriedade da investigação da outra quando uma ocorrer.

Problemas diagnósticos podem surgir nesta associação, como ocorrer falsos positivos quando o paciente com AIDS apresentar gamopatia

policlinal, dificultando também a avaliação da resposta terapêutica à sífilis. Casos de soronegatividade para sífilis ocorrem devido à deficiência imunológica nos pacientes com AIDS.

A infecção pelo HIV está associada a uma progressão acelerada para neurosífilis precoce, com achados similares àqueles observados na era pré-penicilínica com envolvimento de nervos cranianos, especialmente a neurite óptica, meningite ou acidentes cerebrovasculares. A neurosífilis pode ser o primeiro sinal de infecção pelo HIV. A punção lombar para excluir a neurosífilis está indicada em todos os pacientes soropositivos para HIV com sífilis, mesmo que neurologicamente assintomáticos. Contudo, a interpretação pode ser incerta, porque os treponemas podem estar presentes com ou sem anormalidades líquóricas.

Discute-se a questão do tratamento para sífilis no paciente com AIDS, principalmente quando este apresentar a neurosífilis. Nestes casos são preconizadas doses maiores de penicilina cristalina e está descartado o uso de penicilina benzatina.

Com base nas tendências epidemiológicas atuais, a incidência da sífilis congênita, seja isoladamente ou como uma co-infecção com o HIV e com outras doenças sexualmente transmissíveis, provavelmente aumentará, sendo necessário um esforço extraordinário da classe médica para reverter o fluxo ascendente de novos casos.

O Programa Estadual de DST/AIDS gostaria de continuar recebendo as experiências de diferentes Serviços com relação à sífilis congênita.

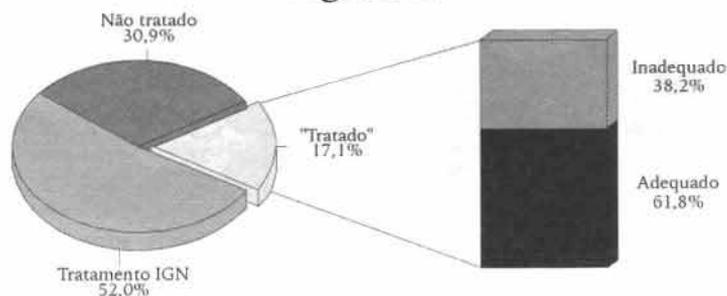
Endereço para correspondência:  
R. Antonio Carlos, 122/1º andar - Vigilância Epidemiológica - CEP 01309-010 - São Paulo-SP  
Telefones: (011) 283-5538/289-7311. Ramais: 230, 233, 270 e 271. Fax: 283-5314/287-5121.

## Quadro 2

### Algumas características do recém-nascido

- Sífilis recente: 97,99% (390/398);
- Natimorto por sífilis: 1,76% (7/398);  
→ 71,4% das mães fizeram pré-natal (5/7);  
→ 42,85% apresentam história de aborto e natimorto (3/7);
- Óbito: 1,75% (7/398). Idade: do primeiro dia até os dois meses de vida;  
→ Quatro com quadro clínico;  
→ VDRL = 1:2 até 1:256;  
→ Mãe: 42,86% (3/7) realizaram pré-natal → com 2-3 consultas;  
→ 57,0% (4/7) com história de natimorto ou aborto;  
→ 85,71% (6/7) com 1-3 gestações;
- 48,24% do sexo masculino e 49,25% do sexo feminino;
- 77,67% (276/398) com idade gestacional  $\geq$  37 a 41 semanas;  
→ 93,5% (258/276) com peso > 2.500g;
- 73,73% (292/398) de assintomáticos ao nascimento;
- 3,32% (12/398) de pesquisa do HIV com 8,33% (1/12) de soropositividade.

Figura 5



Fonte: Grupo de Epidemiologia-Programa Estadual de DST/AIDS/CVE-SRS-SP (dados sujeitos à revisão-30/08/96)

Total de casos notificados de sífilis congênita, tratamento do(s) parceiro(s), no Estado de São Paulo, em 1995.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guidelines for prevention and control of syphilis. *MMWR*, 42(RR14):27,1993.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guidelines for prevention and control of congenital syphilis. *MMWR*, 37(S1):1, 1988.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Brasília, 1993.
4. Boletim Epidemiológico de DST - Sífilis congênita: um desafio para a Saúde Pública. Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. Número 1, Agosto de 1995.
5. STOLL, B.J. - Congenital syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic tests for syphilis. *Ped. Inf. Dis. J.*, Vol.13, nº 10, Oct. 1994:845-852.