SÍFILIS CONGÊNITA – ANÁLISE EM UM GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA XXVI DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Congenital Syphilis - Analysis in an epidemiological surveillance group xxvi do interior of São Paulo

ESTEVES, Luciane Josefa Deare
Unifeob – Fundação de Ensino Octávio Bastos

RESUMO

A Sífilis Congênita é um agravo que pode ser totalmente evitável com o diagnóstico e tratamento das gestantes infectadas. É um grave problema de saúde pública no Brasil, responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina. Nesse cenário, a OPAS/MS tem como meta a redução de sua incidência para 0,5 casos por mil nascidos vivos, proposta a ser alcançada mediante a busca nos atendimentos de pré-natal e nas maternidades, paralelamente com a realização de ações para a prevenção da doença e tratamento tanto da gestante como do seu parceiro. Este estudo teve o intuito de analisar o perfil epidemiológico, dados numéricos e a incidência da sífilis congênita em um Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XXVI de São João da Boa Vista localizado no interior do Estado de São Paulo, realizado através do levantamento na base de dados do DATASUS no período de 2008 a 2013. Observou-se que no período estudado o número de casos notificados foi ascendente e que apesar do aumento, ainda a subnotificação é elevada. A taxa de incidência da sífilis congênita encontrada foi de 2,26 casos por 1.000 nascidos vivos numa população de 58.191 nascidos vivos de mães residentes no local e ano considerado. Também foi avaliado o coeficiente de mortalidade o que nos mostrou 6.87 óbitos pelo agravo por 100.000 nascidos vivos. Os resultados confirmam a importância da Sífilis Congênita como indicador de saúde perinatal, visto que é uma doença de fácil prevenção e tratamento durante o pré-natal. A elevada incidência da Sífilis Congênita nos permite questionar a qualidade da atenção ao pré-natal disponível na população analisada.

Palavra-chave: Sífilis Congênita, Sífilis, Epidemiologia.

ABSTRACT

The Congenital Syphilis is a disease that can be entirely preventable with the diagnosis and treatment of infected pregnant women. It is a serious public health problem in Brazil, responsible for high rates of intrauterine mortality. In this scenario, PAHO / MS aims to reduce its incidence to 0.5 cases per thousand live births, proposed to be achieved by seeking the prenatal care and maternity wards, in parallel with the completion of actions of disease prevention and treatment of both the pregnant woman and her partner. This study aimed to analyze the epidemiological profile, numerical data and the incidence of congenital syphilis in a Epidemiologic Surveillance Group (ESG) XXVI of São João da Boa Vista located in the State of São Paulo, conducted by surveying the database of DATASUS in the

period 2008 to 2013. It was observed that during the study period the number of reported cases was rising and that despite the increase, underreporting is still high. The incidence rate of congenital syphilis found was 2.26 cases per 1.000 live births in a population of 58,191 live births of mothers living in the place and year considered. It was also evaluated the mortality rate which showed 6.87 deaths by illness per 100.000 live births. The results confirm the importance of congenital syphilis as perinatal health indicator, since it is a disease with easy prevention and treatment during prenatal care. The high incidence of congenital syphilis allows us to question the quality of pre-natal available analyzed to the population.

Keyword: Congenital Syphilis, Syphilis, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita, apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e de ser totalmente evitável ainda é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, apresentando indicadores desfavoráveis para o seu controle, gerando a necessidade de priorizar políticas públicas para a sua melhor abordagem (COSTA *et al.,* 2013; TAYRA *et al.,* 2007).

De acordo com estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015 sobre sífilis em mulheres grávidas e sífilis congênita, nos países da América Latina e do Caribe, observou-se que metade dos países estudados revelaram valores de detecção dos casos acima de 88%, destes, os países com taxas menores no rastreio das mulheres grávidas para sífilis são a República Dominicana 17%, Panamá 33%, Honduras 57%, México 61% e Paraguai 66%. Essa baixa cobertura na detecção da sífilis pode ser atribuída a uma combinação de fatores, como a dificuldade no acesso aos exames, ausência no rastreio sobre o cartão de registro da mulher grávida e outros. No ano de 2014 foram notificados 17.400 casos de sífilis congênita nas Américas (dados de 32 países), com taxa de 1,3 casos por 1.000 nascidos vivos (GONZÁLEZ *et al.,* 2015).

Em 1986 a sífilis congênita tornou-se um agravo de notificação compulsória por meio da Portaria nº 542 publicada em Diário Oficial da União de 22 de dezembro de 1986 para todos os casos detectados, incluindo natimortos e abortos (TAYRA, 2001).

O Ministério da Saúde junto à OPAS/OMS, em 2014, propôs para a eliminação da sífilis congênita o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical

que possui como meta 0,5 casos/1000 nascidos vivos até 2015. Em 2007 foi lançado o Plano Operacional da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (BENZAKEN *et al.,* 2015).

Também conhecida como *Lues,* a Sífilis Congênita é transmitida pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria do tipo gram negativa e de alta patogenicidade sendo o homem seu único reservatório. A disseminação ocorre quando a gestante é infectada e não tratada ou é tratada inadequadamente, ocorrendo transmissão por via transplacentária (MATIDA; TAYRA, 2012).

A transmissibilidade pode acontecer em qualquer fase da doença, mas é na primária (lesão primária, cancro duro) e secundária (disseminação do cancro duro) que a taxa da transmissão vertical, ou seja, transplacentária é maior podendo ser de 70% a 100% na fase inicial da doença e de 30% na fase tardia (doença assintomática) (MATIDA, 2012; AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

O tempo de exposição do feto no útero da gestante não tratada pode provocar o aborto espontâneo, a natimortalidade ou morte perinatal (MATIDA; TAYRA, 2012).

Segundo Luppi *et al.,* (2015) outra via que pode ocorrer a transmissão além da transplacentária é pela câmara amniótica que pode também infectar o feto, mas essa forma de contágio é bastante rara. Também há a transmissão direta que pode ocorrer durante o parto, através do contato do bebê com o sangue e secreções maternas no canal de parto quando houver alguma lesão na genitália, bem como na amamentação se a mama apresentar alguma lesão, entretanto também é muito rara. É importante salientar que o leite materno não transmite a doença para a criança.

O diagnóstico da doença é dividido em precoce ou tardio conforme as manifestações clínicas tenham aparecido antes ou depois dos dois primeiros anos de vida. A sífilis congênita precoce aparece até o segundo ano de vida, sendo que a investigação é feita pela avaliação materna e avaliação da criança através de exames laboratoriais com estudos de imagens, mesmo a criança apresentando-se assintomática. Já a manifestação tardia aparece após o segundo ano de vida da criança, mas é predominante do quinto ao vigésimo ano de vida, sendo essa fase considerada a mais grave, podendo ocorrer o comprometimento de órgãos resultando em um processo inflamatório crônico devido à hipersensibilidade provocada pelo treponema (LUPPI *et al.,* 2015).

O recém-nascido pode apresentar ou desenvolver uma série de patologias e complicações, principalmente a prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, lesões cutâneas, icterícia e anemia. Isso poderá acontecer com mais frequência na sífilis precoce, sendo que cerca de 70% dos casos detectados são assintomáticos, já na sífilis tardia, suas manifestações clínicas são mais raras (SÍFILIS..., 2008).

O tratamento da sífilis congênita é feito com a penicilina cristalina e procaína, sendo a droga de escolha que demonstra maior eficácia em relação aos outros antibióticos. A duração do tratamento habitualmente é de 10 dias. A utilização da penicilina benzatina não é mais recomendada pela sua pouca eficácia em atingir ou manter níveis treponemicidas no sistema nervoso central (MATIDA; TAYRA, 2012).

Este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita através de dados numéricos e de incidência e identificar as causas prováveis de sua ocorrência no Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI, localizado em São João da Boa Vista responsável pelo acompanhamento epidemiológico de 20 municípios, sendo eles, Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Grama, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul, localizados no interior do Estado de São Paulo, durante o período de 2008 a 2013.

METODOLOGIA

Para este artigo foi realizado um estudo epidemiológico quantitativo e de forma transversal, analisando o banco de dados do DATASUS, o qual é de domínio público, no período de 2008 a 2013.

O levantamento dos dados foi realizado em abril de 2016. Após a coleta foi realizado a análise dos dados com auxílio do programa SPSS, versão 1.6 utilizando-se o Windows 7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para definição da sífilis congênita foram estabelecidos quatro critérios para fins de vigilância epidemiológica (HENRIQUES *et al.,* 2014).

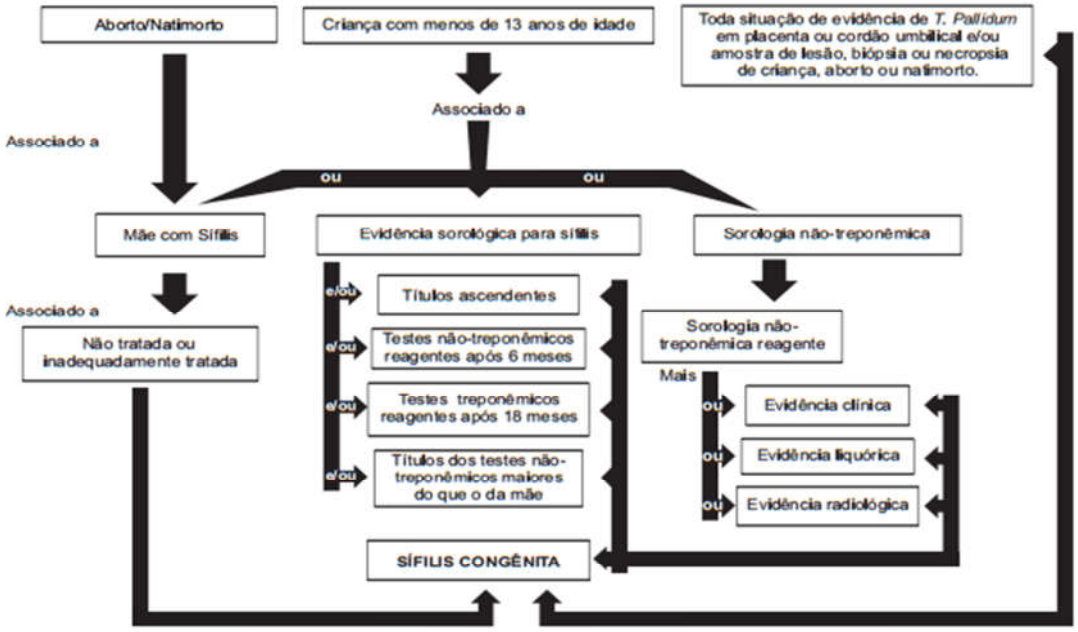
Critério 1: é determinado que toda criança, aborto, ou natimorto de mãe com suspeita clínica ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, ou na ausência do teste confirmatório treponêmico, no momento do parto ou curetagem, ou que não tenha sido tratada ou tratada inadequadamente.

Critério 2: é todo indivíduo menor de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, elevação da titulação do teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), ou teste treponêmico reagente (TPHA, FTA-Abs, Elisa) após 18 meses de vida ou com titulação maior do que o da mãe.

Critério 3: é todo menor de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência (presença da espiroqueta em exame de campo escuro realizado pelo laboratório) clínica ou liquórica, ou radiológica de sífilis congênita.

Critério 4: é toda situação que evidência infecção pelo *Treponema,* podendo ser na placenta, no cordão umbilical, amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, ou aborto e natimorto.

Fluxograma 01 - Esquema dos critérios de definição de casos.



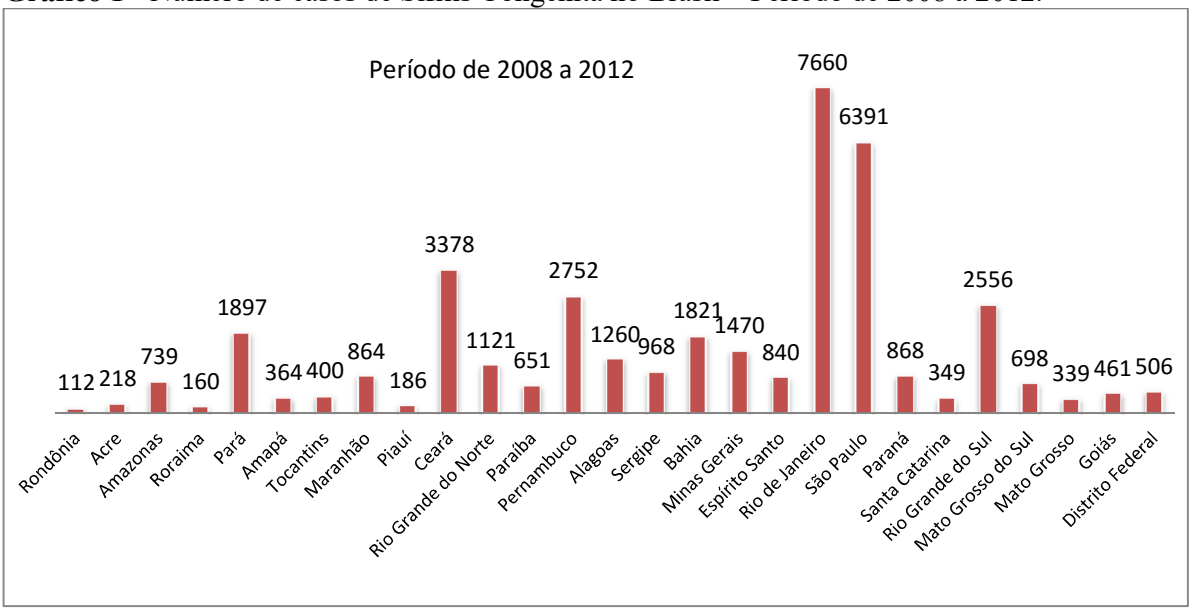
Fonte: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita Manual de Bolso - Ministério da Saúde (2006).

Os dados estão apresentados em gráficos e expressos em frequências absolutas e relativas. Para garantir a clareza dos dados, as informações foram divididas por colegiados da Regional de Saúde, Baixa Mogiana (Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim, Estiva Gerbi e Itapira), Mantiqueira (Aguaí, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antônio do Jardim, Santa Cruz das Palmeiras, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul) e Rio Pardo (Caconde, Casa Branca, Mococa, Itobi, Divinolândia, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Grama e Tapiratiba), todos pertencente a este GVE.

No Brasil como já mencionado, a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, no (Gráfico 1) foram notificados ao Ministério da Saúde 39.029 casos em menores de um ano de idade no período de 2008 a 2012.

A região Sudeste foi a que registrou o maior número de casos 16.361, em seguida a região Nordeste com 13.001, já a região Sul registrou 3.773 casos, a região Norte com 3.890 e por último a região Centro-Oeste foi registrado 1.665 casos notificados no período. O Rio de Janeiro e São Paulo são os estados com maior número de ocorrências registradas.

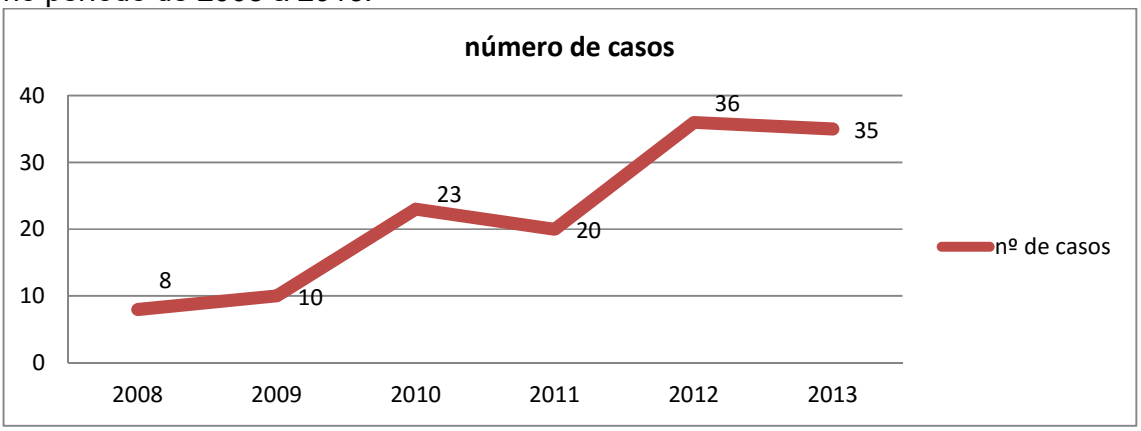
Gráfico 1 - Número de casos de Sífilis Congênita no Brasil – Período de 2008 a 2012.



Fonte: DATASUS (2016).

O (Gráfico 2) demonstra o total das notificações no período estudado. Entraram no estudo todos os municípios pertencentes a esse GVE XXVI São João da Boa Vista com crianças diagnosticadas e notificadas no Sistema de Informação (DATASUS), sendo estas crianças menores de um ano, aborto e natimorto no total de 132 casos.

Gráfico 2 – Número total de casos notificados no GVE XXVI São João da Boa Vista no período de 2008 a 2013.

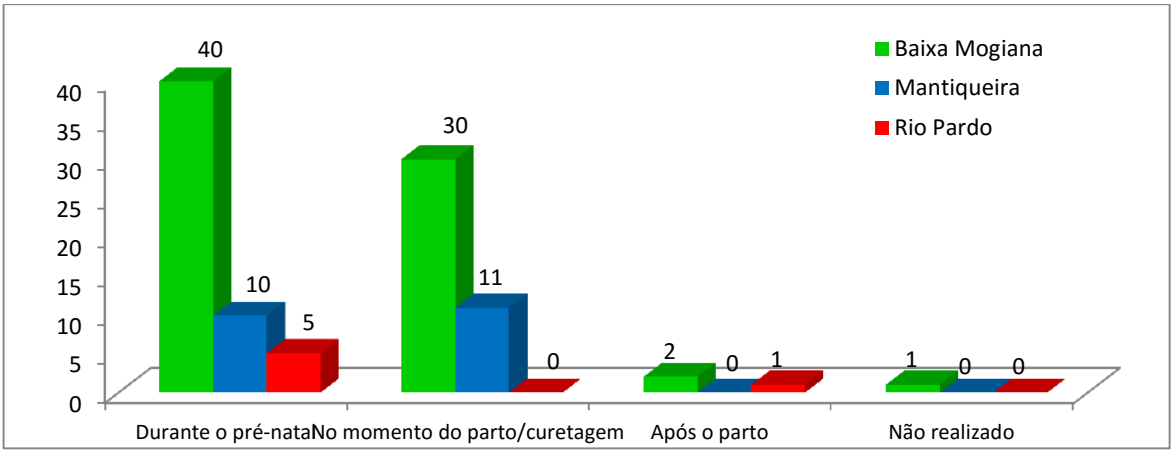


Fonte: DATASUS (2016).

Com relação à detecção da sífilis na gestante, segundo diagnóstico e notificação no período, foi realizado um total de 100 notificações de sífilis materna. Destas, 55% foram diagnosticadas durante o pré-natal, 41% no momento do parto e/ou curetagem, após o parto somente 3% e não realizado apenas 1% (Gráficos 3).

Sendo que o Município de Itapira diagnosticou 50% durante o pré-natal e 50% no momento do parto/curetagem, Mogi-Guaçu 54,5% durante o pré-natal e 45,4% no momento do parto/curetagem, Mogi-Mirim 61,5% durante o pré-natal 15,3% no momento do parto/curetagem 15,3% após o parto 7,6% não realizado, Aguaí 100% no momento do parto/curetagem, Espírito Santo do Pinhal 55,5% durante o pré-natal e 44,4% no momento do parto, Santa Cruz das Palmeiras 50% durante o pré-natal e 50% no momento do parto/curetagem, São João da Boa Vista 33,3% durante o pré-natal e 66,6% no momento do parto/curetagem, Tambaú 60% durante o pré-natal e 40% no momento do parto/curetagem, Vargem grande do Sul 100% no momento do parto/curetagem, Casa Branca 100% durante o pré-natal, Itobi 66,6% durante o pré-natal e 33,3% após o parto/curetagem.

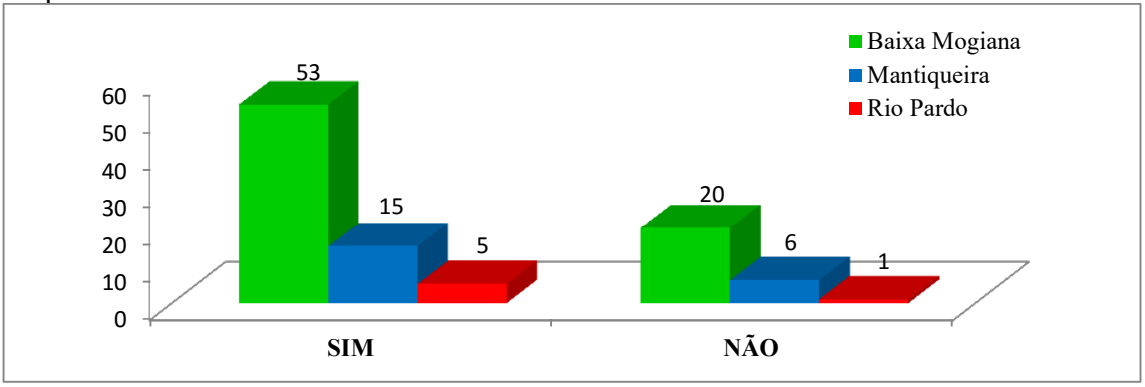
Gráfico 3. Casos confirmados por Reg.Saúde/município de notificação e sífilis materna. Período de 2008 a 2013.



Fonte: DATASUS (2016).

No (Gráfico 4) foi observado que 73% das gestantes realizaram o pré-natal, gestantes que não realizaram somaram 27%, sendo que no colegiado da Baixa Mogiana 38,6% realizaram o pré-natal e 14,6% não, seguido da Mantiqueira com 3,1% sim e 1,2% não, e Rio Pardo 0,3% sim e 0,06% não realizaram o pré-natal.

Gráfico 4. Casos confirmados por Reg.Saúde/município de notificação e realização do pré-natal. Período: 2008 a 2013.



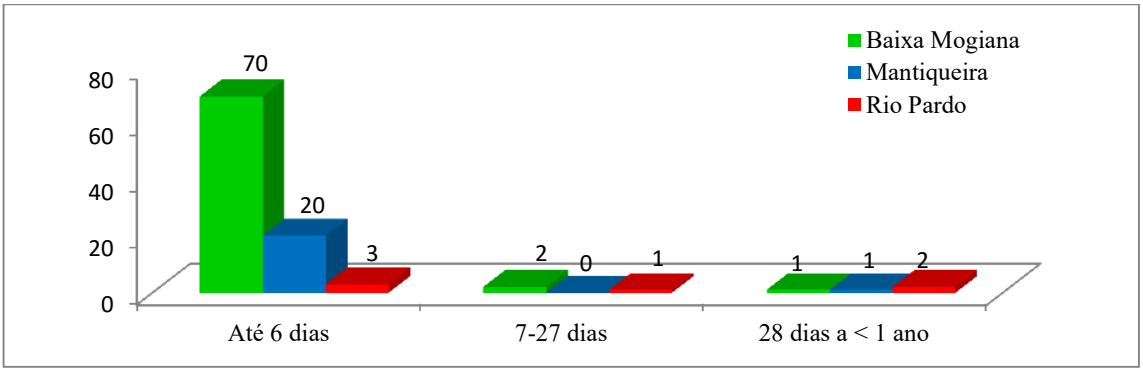
Fonte: DATASUS (2016).

No (Gráfico 5) observa-se que o maior número de casos notificados ocorreu até o 6º dia de vida totalizando de 93 crianças, do 7º ao 27º dia de vida foram notificados apenas 3 crianças. No 28º dia de vida foram diagnosticadas 4 crianças, e após esse período não foi diagnosticado nenhum caso. Podemos então considerar

que na região do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI todos os casos foram detectados ainda no período neonatal, até 28º dia de vida.

Também foi calculado a taxa de incidência em menores de um ano por município de residência a cada 1000 nascidos vivos. Itapira 3,4%, Mogi-Guaçu 3,9%, Mogi-Mirim 1,8%, Aguaí 0,3%, Espírito Santo do Pinhal 3,0%, Santa cruz das Palmeiras 0,7%, São João da Boa Vista 0,5%, Tambaú 2,7%, Vargem Grande do Sul 0,3%, Casa Branca 1,4% e Itobi com 6,3%. Ressaltando que os municípios de São João da Boa Vista e Vargem Grande do Sul atingiram a meta de 0,5% estabelecida pelo MS/OPAS.

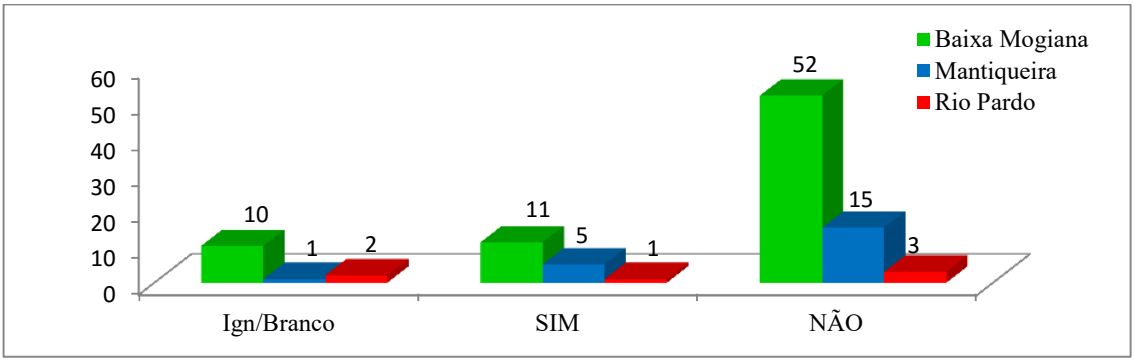
Gráfico 5. Casos confirmados por Reg.Saúde/município de notificação e faixa etária. Período: 2008 a 2013.



Fonte: DATASUS (2016).

A maioria dos parceiros de gestantes diagnosticadas não realizou o tratamento da doença. O controle da sífilis em gestante e congênita se dá somente com o tratamento e acompanhamento. Assim, para interromper a transmissão dessa doença e evitar a reinfecção, é fundamental que os parceiros sejam testados e tratados com orientações (Gráficos 6).

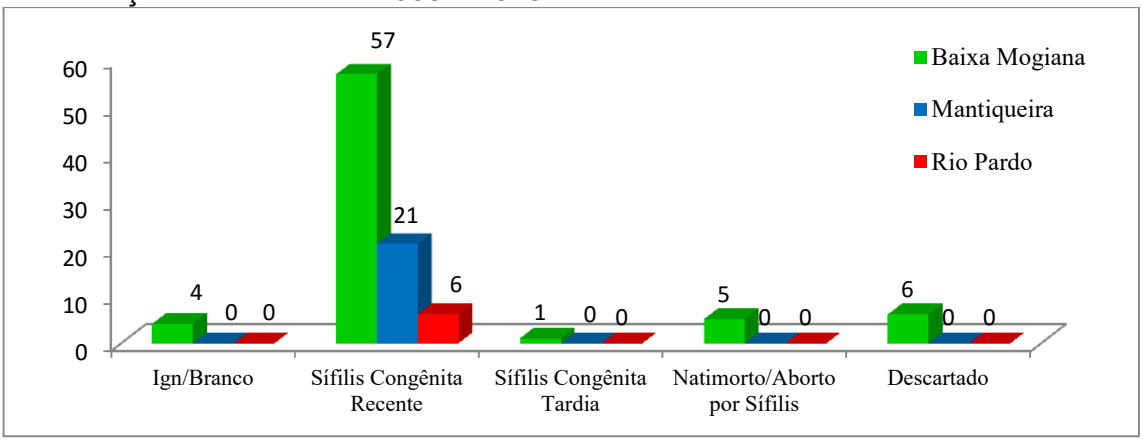
Gráfico 6. Número de casos por Reg.Saúde/município de notificação e evolução e tratamento do parceiro. Período: 2008 a 2013.



Fonte: DATASUS (2016).

Na análise realizada a seguir, nos mostra que ainda há um índice elevado de notificações de sífilis recente (antes dos dois anos), o que também é evidenciado nas notificações da região do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI, observou-se no (Gráfico 7).

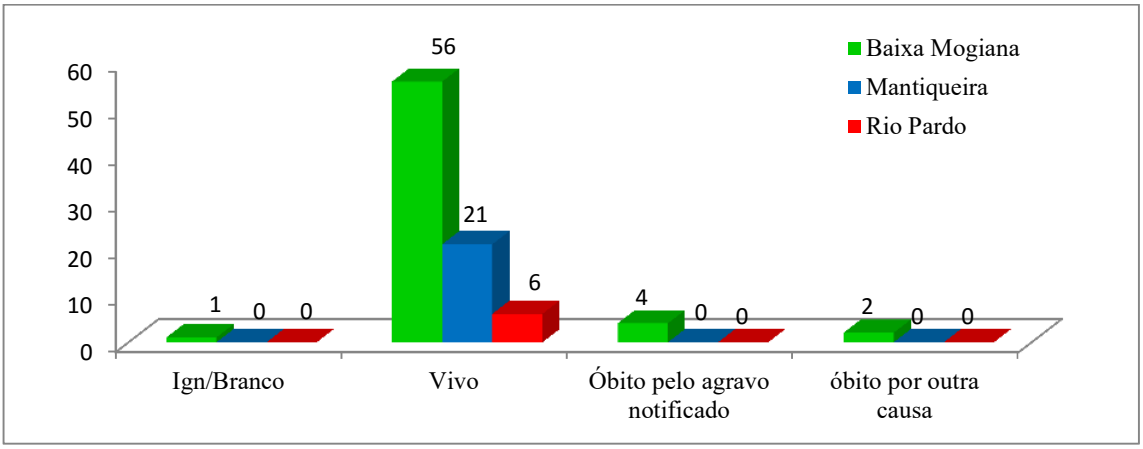
Gráfico 7. Casos confirmados por Reg.Saúde/município de notificação e classificação final. Período: 2008 a 2013.



Fonte: DATASUS (2016).

No (gráfico 8) foi calculado a taxa de óbitos pelo agravo notificado no município de Itapira 4,3%, Mogi-Guaçu 0,8% e Mogi-Mirim 1,4%. O que determina mais uma vez a importância do diagnóstico e tratamento no momento do pré-natal, sendo uma doença de fácil diagnóstico e tratamento, a detecção de um caso que seja de sífilis congênita é um grave problema de saúde pública no Brasil, um indicativo de falha no atendimento e acompanhamento das gestantes na atenção básica.

Gráfico 8. Número de casos por Reg.Saúde/ município de notificação e evolução. Período: 2008 a 2013.



Fonte: DATASUS (2016).

Apesar do aumento das notificações a subnotificação ainda é elevada, esse aumento se da desde 2007 quando foi lançado o Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo. Também deve ser ressaltado que o crescimento da sífilis adquirida tem contribuído para o aumento dos casos em gestante e consequentemente nos casos de sífilis congênita (DOMINGUES *et al.,* 2013).

De acordo com Domingues et al. (2013) o tratamento da gestante e o diagnóstico precoce da sífilis até 20ª semana de gestação podem ajudar para a diminuição das perdas fetais e óbitos infantis evitáveis. A melhora da qualidade do pré-natal e o manejo adequado nas ações de prevenção, da terapêutica e a detecção das gestantes precocemente, o tratamento adequado de seus parceiros e o acompanhamento ambulatorial são ações que podem ajudar para a diminuição da sífilis congênita. Vale a pena destacar também entre as gestantes com sífilis a presença de populações vulneráveis como: adolescentes, usuárias de droga, em situação de rua e parceiras de homens vulneráveis.

É igualmente importante avaliar a qualidade da assistência pré-natal, pois nos mostra que a maioria das mães de crianças com sífilis congênita apesar de terem tido acesso ao pré-natal e recebido o diagnóstico durante a gravidez, a transmissão vertical não foi interrompida. O que pode estar relacionado ao não tratamento de seus parceiros, a procura tardia ao pré-natal impossibilitando o

tratamento adequado, o abandono da gestante ao tratamento, entre outros (DOMINGUES *et al.,* 2013).

Ainda segundo o autor, diversos fatores podem contribuir para a persistência da sífilis congênita em nosso meio como: dificuldade no acesso ao pré-natal e ao serviço de saúde; dificuldade de diagnosticar e tratar o parceiro sexual; dificuldade na busca de gestantes faltosas no serviço de saúde; dificuldade no diagnóstico, e no segmento do fluxograma para o diagnóstico e tratamento da gestante; Dificuldade na aplicação da penicilina G benzatina na unidade básica de saúde, e o medo e receio do choque anafilático que é extremamente raro contribui para que as gestantes não sejam tratadas ou encaminhadas para outros serviços de saúde dificultando assim o seu tratamento.

No ano de 2000 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência na gestação e no parto, reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. O programa estabelece critérios para a realização de consultas mínimas, sendo fixadas em pelo menos seis consultas, inclui também a realização de triagem sorológica (VDRL) e o primeiro atendimento para a testagem anti HIV e após a trigésima semana de gestação, a realização de outro VDRL (MAGALHÃES, 2011).

O manual do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de (2006) tem a sífilis congênita como um indicador da qualidade da assistência ao pré-natal, pois é um agravo de saúde passível de prevenção, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* e seu parceiro sejam identificados e tratados antes ou durante a gestação.

Para o tratamento da sífilis congênita consideram-se dois momentos, período neonatal até o 28º dia de vida e pós-neonatal, após 28º dia de vida. O esquema é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para Atenção Integral às Pessoas com Infecção Sexualmente Transmissível (BENZAKEN 2015).

Os parceiros devem ser alertados sempre que uma Infecção Sexualmente Transmissível (ISTs) for diagnosticada. É importante repassar a eles informações sobre as formas de contágio, o risco de infecção, a necessidade de atendimento em uma unidade de saúde e a importância de evitar contato sexual até que o parceiro seja tratado e orientado adequadamente. Como fator que leva ao agravamento da

endemicidade, podemos referenciar uma cultura machista do parceiro que compreende este assunto como de difícil abordagem (BARNABÉ 2008).

Em relação à saúde do homem e também ao pré-natal as campanhas televisivas e na web podem facilitar a abordagem desse público fazendo com que saibam da importância do acompanhamento e participação da gestação contribuindo para um diagnóstico e um tratamento precoce da sífilis congênita.

Outra estratégia lançada em 2011 pelo MS é a Rede Cegonha, que tem como objetivo mobilizar gestores, profissionais de saúde como parceiros no processo de elaboração da rede de atendimento, financiamento, monitoramento e avaliação do programa. O principal propósito é a redução do número de óbitos evitáveis em mulheres e crianças. Essa parceria quando bem estruturada e alcançada às metas pactuadas recebe um repasse de incentivo financeiro por gestante atendida (MINISTÉRIO, 2011).

Citando Pinelli (2008), quando se fala “em sífilis congênita logo se pensa em gestante com diagnóstico de sífilis”. Ressaltamos que a questão da qualidade da assistência no pré-natal é sem dúvida uma oportunidade ímpar para o diagnóstico e tratamento da gestante e de seu parceiro.

Segundo estatística realizada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC – EUA), ocorre morte fetal em 40% dos casos de sífilis congênita, abortamento espontâneo, natimorto ou morte neonatal precoce. Em um levantamento realizado no Estado de São Paulo, este percentual sobe para 50% dos casos (PINELLI, 2008).

Conforme Gonçalves *et al*. (2011), embora existam medidas para sua prevenção a sífilis congênita ainda aparece com taxas elevadas, evidenciando mais uma vez falha no serviço de saúde especialmente no pré-natal, ou seja, pouca qualidade na assistência pré-natal que contribui para elevar o número de casos de óbitos por aborto, natimorto e óbito neonatal precoce.

CONCLUSÃO

Os indicadores apresentados por este estudo evidenciam que a sífilis congênita encontra-se com índices elevados a cada ano nos municípios

pertencentes a esse Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI, bem como o encontrado na literatura para os níveis nacionais e internacionais.

Através da análise dos dados verificou-se que 55% dos diagnósticos de sífilis materna foram realizados no pré-natal, porém 27% das gestantes não realizaram pré-natal.

Assim, é importante pensar nos principais fatores que contribuem para a persistência da sífilis congênita como: dificuldade no acesso a consulta médica e exames de imagem e laboratoriais, também a centralização do atendimento na figura do médico, dificuldade do enfermeiro na realização de assistência do pré-natal, má informação e orientação dos profissionais de saúde, enfermeiros sobrecarregados com tarefas administrativas deixando de lado a assistência, falta de estratégias e planejamento para a detecção e busca destas gestantes, incentivo e acolhimento para fazer com que aderem ao tratamento e acompanhamento do pré-natal, a subnotificação das gestantes abortos e natimortos, dificuldade na captação e tratamento do parceiro sexual, populações vulneráveis: adolescentes, usuárias de droga vivendo em situação de rua e privada de liberdade e a dificuldade na aplicação da penicilina em unidades da Atenção Básica.

Somado a isso, outro grave problema que está acontecendo atualmente, é a falta da penicilina cristalina, droga de escolha para uma eficaz cura no tratamento da sífilis congênita. Motivo de ressaltar a importância do tratamento e acompanhamento da gestante e de seu parceiro.

Dessa forma, este estudo contribuiu para apontar as possíveis falhas no atendimento do pré-natal, no acompanhamento e tratamento da sífilis nas gestantes e seus parceiros, favorecendo o aumento de casos da sífilis congênita.

A necessidade de implantação de ações para o controle desse agravo que é de suma importância, bem como a imprescindível vigilância em saúde na atenção básica, coleta de dados e informações de qualidade, e a partir da investigação e notificação dos casos e direcionamento das ações para o seu controle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLEIRA, J. C. R; BOTTINO, G. **Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. AnBrasDermatol.** p.111-26, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf Acesso em: 13 maio 2016.

BARNABÉ, A. Sena. Sífilis Congênita: Critérios de notificação, **Red de Revista Científica de América Latina, El Caribe, España y Portugal**, Saúde Coletiva, Brasil, v. 5, n. 25, p. 199-205, novembro-dezembro 2008. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/842/84225503.pdf Acesso em: 13 maio 2016.

BENZAKEN, A. S; CUNHA, A. R. C; DRESCH, D. S. M; MESQUITA, F; PEREIRA, G. F M; TANIGUCHI, L. F. B; MOREIRA, M. B. R; MEIRELES, M. V; SILVA, R. N; OLIVEIRA, S. B; OLIVEIRA, T. S. A. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Ministério da Saúde, ano IV, n.01, p.05, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf Acesso 11 abr. 2016.

BENZAKEN, A. S; GERBASE, A.C; FREITAS, F. L. S; TOLEDO, J. P; SOUZA, L. A; GONÇALVES, M. V. R. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, Ministério da Saúde, Brasília, p. 104-105, 2015. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_28_04_2016_web_pdf_26946.pdf Acesso 11 abr. 2016.

COSTA, C. C; FREITAS, L. V; SOUZA, D. M. N; OLIVEIRA, L. L; CHAGAS, A. C. M. A; LOPES, M. V. O; DAMASCENO, A. K. C. Sífilis Congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década, **Revista Escola Enfermagem USP**, p. 153, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf Acesso em: 11 abr. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M; SARACENI, V; HARTZ, Z. M. A, LEAL, M. C. Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal, Rev. Saúde Pública, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019 Acesso em: 11 abr. 2016.

GONÇALVES, J; PRIMO, C. C; RABBI, G. M. S; CASTRO, D. S. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um hospital universitário – 2004 a 2008. **Rev. Brasileira Pesq Saúde**, Vitória, v.13, n.2, p. 49-55, 2011. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/1602/1202 Acesso em 07 abr. 2016.

GONZÁLEZ, M. A; CAFFE, S; MELLO, M. B; GHIDINELLI, M; LEÓN, R. G. P; JONES, S; MACHADO, R; MIDY, R; PÉREZ, F; SERRUYA, S. **Elimination of mother -to- child transmission of HIV and syphilis in the Americas**, Pan American Health Organization, Washington, DC : PAHO, p.19, 2015. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18372/9789275118702_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y Acesso em: 10 maio 2016.

HENRIQUEZ, C. M. P; MALTA, D. C; MESQUITA, F. C; SOUZA, C. A. V; BRITO, S. M. F; TAUIL, P. L; WALDMON, E. A; FILHO, D. A. **Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF, v. único, p.333-341, 2014. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf Acesso em: 19 maio 2016.

MAGALGÃES, D. M. S; KAWGUCHI, I. A. L; DIAS, A; CALDERON. I. M. P. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil**, Botucatu, SP, p.50, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf Acesso em 10 maio 2016.

MATIDA, H. M. e TAYRA, Â. **Guia de Vigilância Epidemiológica, Centro de Vigilância Epidemiológica, Programa Estadual de DST/Aids** – Vigilância Epidemiológica, Sífilis Congênita, São Paulo, 1ª edição, p.73-89, 2012.

MINISTÉRIO da Saúde. **Manual Prático Rede Cegonha**. Brasil, 2011. Disponível em:

manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT] Acesso em 5 agos 2016.

PINELLI, F. G. S. Sífilis Congênita: Critérios de notificação, **Red de Revista Científica de América Latina, El Caribe, España y Portugal**, Saúde Coletiva, vol.5, núm. 25, novembro-dezembro, 2008, pp. 199-205, p.204, Brasil. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/842/84225503.pdf Acesso em 13 maio 2016.

SÍFILIS Congênita e Sífilis na Gestação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2016.

TAYRA, Ângela; MATIDA, H. Luiza; SARACENI, Valéria; PAZ, C. Leidijane; RAMOS, JR. N. Alberto. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de casos. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, p.111-119, 2007. Disponível em: http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/1.pdf Acesso em 10 abr. 2016.

LUPPI, G. Carla; DOMINGUES, B. S. Carmen; GOMES, C. Solange. (Organizadores). **Guia de Bolso Para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita,** Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, p.17, 2015.

VASCONCELOS, A. L. R; FERREIRA, C; RIBEIRO, D; OLIVEIRA, E. C; PEREIRA, G. F. M; BRÍGIDO, H. A; PAZ, L. C; BARBOSA, M. J; SILVA, M.G; JUNIOR, S. A. O; PINTO, V. M. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso.** Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, Brasília-DF, p 33. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf Acesso em 01 agos. 2016.

SOBRE A AUTORA

Luciane Josefa Deare Esteves

e-mail: lucidesteves@yahoo.com.br

Funcionária Pública do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, trabalho no Centro de Vigilância Epidemiológica XXVI de São João da Boa Vista da Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD.