

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Julio Cezar Costa Casotte¹
Fabio Lyrio Santos²

Resumo

A Sífilis Congênita, uma doença causada pela transmissão do agente etiológico da mãe para o feto, persiste como um sério problema para a Saúde Pública, no estado do Espírito Santo e no Brasil. Este artigo apresenta uma pesquisa bibliográfica sobre a incidência da doença de 2006 a 2015, por ano de nascimento, atualiza a forma de definição de caso e mostra prováveis causas para tal incidência. Conclui sugerindo ações combinadas por todos os setores envolvidos para enfrentamento do problema.

Palavras-chave: sífilis congênita; incidência.

CONGENITAL SYPHILIS INCIDENCE ON THE STATE OF ESPIRITO SANTO

Abstract

Congenital Syphilis, a disease caused by transmission of the etiological agent from mother to the fetus, remains as a serious problem for Public Health, in the state of Espírito Santo and in Brazil. This article presents a bibliographic research about the incidence of the disease from 2006 until 2015, by year of birth, updates the form of case definition and shows the likely causes for such incidence. Concludes suggesting combined actions by all involved sectors to face the problem.

Keywords: congenital syphilis; incidence.

¹ Médico e discente de Pós-Graduação em Administração Pública Instituto Federal do Espírito Santo - IFES (Campus Colatina).

E-mail: julio.casotte@gmail.com

² Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de São Carlos-SP e docente do Instituto Federal do Espírito Santo - IFES.

1 INTRODUÇÃO

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurado pela Constituição Federal de 1988 da República Federativa do Brasil, em seus Artigos 196 a 200, Constituição esta por muitos chamada de Constituição Cidadã. A Carta Magna do País garante, além da saúde e a proteção à maternidade e à infância, outros direitos sociais em seu Capítulo II, Artigo 6º,³ como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, a segurança e a previdência social (BRASIL, 1998).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências reafirma, no Artigo 2º, a saúde como direito fundamental do cidadão e dever do Estado.

Ainda na mesma Lei, Capítulo I, dos Objetivos e Atribuições, no Art. 5º, verifica-se que a mesma aborda os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), como identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas econômicas e sociais para reduzir os riscos de doenças e assistir às pessoas com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com integração entre assistência e prevenção. O art. 6º incluiu no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância epidemiológica e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, dentre outras (BRASIL, 1990).

A Sífilis, como descrita no Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2017, é uma doença que resulta da infecção do organismo por uma bactéria gram-negativa, assim chamadas aquelas que não se coram pelo método de coloração de Gram, o que as diferencia das gram-positivas, não só por isto, mas também por características estruturais, patogenicidade (capacidade de causar doença) e quanto à resistência a antibióticos. No caso da Sífilis, o agente etiológico (causador) é o *Treponema pallidum*, bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas (alongadas e em forma de espiral), de alta patogenicidade (BRASIL, 2017).

Apesar de ser mencionada desde a Antiguidade, segundo Souza (2005), a Sífilis teve seu agente etiológico identificado por Fritz Richard Schaudinn, com o auxílio de Paul Erich Hoffmann, pois “No dia 3 de março de 1905, Schaudinn examinou um preparado *a fresco*, cujo material fora obtido por Hoffmann de uma pápula erodida na vulva de uma mulher com sífilis secundária.” Foi um avanço em relação ao diagnóstico e tratamento da doença (SOUZA, 2005, p. 547-548).

A doença é infectocontagiosa, todas as pessoas podem se infectar (susceptibilidade universal) e não gera imunidade duradoura, ou seja, o indivíduo pode adquirir a doença sempre que se expuser

³ Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 15 de setembro de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc90.htm. Acesso em: 27 nov. 2017.

ao agente etiológico. Ainda pode acometer o indivíduo nas formas de Sífilis Congênita, Sífilis Adquirida e Sífilis em Gestantes. Para as formas Adquirida e em Gestantes as manifestações clínicas se dividem em primária, secundária, latente e terciária, além da neurosífilis. Para a Sífilis Congênita, quando não resulta em aborto, natimorto, óbito neonatal ou assintomática, há a divisão entre Precoce e Tardia, como será abordado adiante, segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2017 (BRASIL, 2017).

No Brasil "a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986" (BRASIL, 1986, p. 19827). Todas as formas são de notificação compulsória no Brasil, de acordo com a Portaria de Consolidação (2017), que definiu a Lista Nacional de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória. Esta Portaria de Consolidação revogou, entre outras, a Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016, do Ministério da Saúde, que regia o tema até a publicação da Portaria de Consolidação 4 de 2017.

A Sífilis Congênita, cuja incidência (número de casos novos) no Estado do Espírito Santo é objeto de estudo neste artigo, também segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2017, decorre da transmissão vertical do agente etiológico, da gestante infectada que não se submeteu ao tratamento ou o fez de maneira inadequada, para o feto. A transmissão ocorre por disseminação hematogênica (via transplacentária ou no momento do parto no caso de haver lesões genitais na mãe) (BRASIL, 2017, p.299).

Vale lembrar que a transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gestação ou no momento do parto, podendo chegar a 100% a taxa de transmissão dependendo da fase da gestação e da própria doença da mãe. Esta dependência é relacionada ao tempo de infecção da mãe, aumentando a gravidade para o feto nas infecções recentes quando há mais bactérias circulando, e diminuindo quando as infecções são mais antigas, pois a mãe produz anticorpos que resulta em infecções mais brandas e eventuais lesões mais tardias para a criança, segundo o mesmo Guia. Assim, dependendo de fatores como tempo de exposição do feto à bactéria que se refere ao tempo que a mãe apresentou sífilis na gestação e não se tratou, carga de treponemas da mãe, associação com imunodeficiências como infecção concomitante da mãe pelo HIV e tratamento da Sífilis na gestante, o quadro clínico é variável, podendo ocorrer aborto (término da gestação antes de 20 semanas), natimorto (morte em gestação com duração igual ou maior que 20 semanas, estatura maior ou igual a 25 cm e peso corporal do feto maior ou igual a 500 gramas) ou óbito neonatal (aquele ocorrido em crianças menores de 28 dias de nascimento), e a Sífilis Congênita com ou sem sintomas ao nascer (BRASIL, 2017, p. 299-300).

De maneira didática, divide-se a Sífilis Congênita em Precoce e Tardia. Essa divisão é feita tanto no Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 2017 (BRASIL, 2017, p. 300) quanto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais de 2015 (BRASIL, 2015, p.103-104). Na forma Precoce, quando as manifestações clínicas surgem logo após o nascimento ou nos dois primeiros anos de vida, predominam: ausência de sinais e sintomas ou os mesmos de maneira discreta o que dificulta o diagnóstico, prematuridade quando bebê que nasce com menos de 37 semanas de gestação (36 semanas e 6 dias), baixo peso ao nascer (menor do que 2500 gramas), hepatomegalia (aumento do fígado), esplenomegalia (aumento do baço), lesões na pele como pênfigo palmo-plantar (bolhas na palmas das mãos e plantas dos pés), condiloma plano (lesão esbranquiçada e achatada em ânus, vulva e boca predominantemente), periostite ou osteíte ou osteo-condrite (inflamações de perióstio, osso e cartilagem com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite com coriza sero-sanguinolenta (secreção clara com manchas de sangue), icterícia (coloração amarelada da pele, mucosas e olhos), anemia (diminuição da quantidade de hemoglobina no sangue) e linfadenopatia (aumento dos gânglios linfáticos) generalizada (principalmente epitroclear – parte medial do braço abaixo do cotovelo). Outras características clínicas incluem alterações renais, fissura peribucal, edema (inchaço), convulsão e meningite (inflamação das meninges).

Já na forma Tardia, os sinais e sintomas surgem após os 02 anos de idade, de acordo com as duas publicações citadas no parágrafo anterior, com predomínio de tibia em “lâmina de sabre” (encurvamento anterior que deforma o osso), articulações de Clutton (inflamação com edema e indolor dos membros inferiores geralmente acometendo joelhos bilateralmente), fronte “olímpica” (espessamento dos ossos do crânio resultando em aspecto grosseiro da fronte), nariz “em sela” (deformação pela ponte nasal ser baixa), dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), dentes molares em “amora”, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial (inflamação da córnea), surdez neurológica e dificuldade no aprendizado. Podem ter como causas infecções maternas de duração longa ou espiroquetas (*Treponema*) com menor virulência (capacidade de produzir efeitos graves ou até mesmo fatais), o que explicaria o aparecimento tardio. É importante ressaltar que, tanto para a forma precoce como na tardia, o diagnóstico obedece a critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos. Atenção deve ser dada à possibilidade da transmissão para a criança ter ocorrido por via sexual (BRASIL, 2017, p.300; BRASIL, 2015, p.103-104)

Como métodos laboratoriais, também citando o Guia, o Protocolo e a Nota Informativa nº2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2017), temos testes treponêmicos (FTA-abs – Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption, TPHA – Treponema pallidum Hemagglutination, ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay, EQL – Eletroquimioluminescente e Testes Rápidos), testes não treponêmicos (VDRL – Veneral Disease Research Laboratory, USR (do inglês Unheated Serum Reagin), TRUST – Tolidine Red Unheated Serum Test e RPR – Rapid Plasma Reagin), além de hemograma, exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) e Raio-X de ossos longos como tibia, fêmur e úmero. Os treponêmicos têm utilidade para confirmação do diagnóstico, mas de uso limitado em recém-nascidos, pois os anticorpos IgG (Imunoglobulina G) maternos ultrapassam a barreira placentária, interferindo no resultado. Já os não treponêmicos se aplicam para o diagnóstico e acompanhamento do tratamento pela possibilidade de titulação (BRASIL, 2017, p.301-302; BRASIL, 2015, p.105-106; BRASIL, 2017, p.1).

Aliás, a Nota Informativa nº2 - SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, publicada em 13 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017, p.1-3), “Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita”, atualiza a definição de caso para fins de vigilância e se alinha com as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sem se esquecer da história clínica-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança. Uma consideração importante a fazer é que, para fins de vigilância epidemiológica, o tratamento da parceria sexual da mãe não é considerado para definir caso de Sífilis Congênita. Para o caso de Sífilis Congênita, tanto a Nota do Ministério (BRASIL, 2017, p.2-3), quanto a Ficha de Notificação/Investigação Sífilis Congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2008, s.p.) consideram três situações:

Definição de caso:

Situação 1:

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

a. Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).

b. Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

c. Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

-Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente;

-Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta;
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.
Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade

Situação 3:

Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Deteção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) ”.

Também a mesma Nota define os critérios para definição de casos para Sífilis em Gestantes e Tratamento Adequado. O tratamento adequado, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais de 2015 (BRASIL, 2015, p.107-109), para a gestante depende do estágio clínico da Sífilis, se primária, secundária, latente, terciária ou neurosífilis. O esquema, com exceção da neurosífilis que utiliza Penicilina Cristalina ou Ceftriaxona, preconiza Penicilina Benzatina nos outros estágios com alternativa para Doxiciclina ou Ceftriaxona. E tratamento adequado, segundo a Nota, como já citado acima na Situação 1b é o “tratamento completo para estágio clínico da Sífilis com Penicilina Benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto”. Quando não se enquadra neste critério é considerado tratamento não adequado (BRASIL, 2017, p. 3).

No Brasil o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 1998) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças agravos constantes na Lista, de acordo com a Portaria de Consolidação 4/Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 28 de Setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União em 03 de outubro de 2017, Anexo V, Capítulos I, II e III, que no Anexo I do referido Anexo V, define a Lista Nacional de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória (BRASIL, 2017). Como já mencionado a Sífilis Congênita é doença de notificação compulsória. O SINAN permite monitorar eventos, agravos e doenças de interesse, conhecer o cenário de comportamento ao longo do tempo dos mesmos em todo o País, possibilitando, através das notificações/investigações/informações, diagnósticos, tomadas de decisão, ações, intervenções, com avaliação do impacto das ações que se fizerem necessárias (BRASIL, 1998).

Através do SINAN, temos ciência da incidência crescente de todas as formas de Sífilis no Brasil nos últimos anos, inclusive a Congênita, e da mesma maneira no Estado do Espírito Santo.

Tais dados podem ser acessados nos Boletins Epidemiológicos de Sífilis emitidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Levando-se em consideração que a Sífilis Congênita é 100% evitável, desde que a gestante seja captada precocemente no pré-natal, diagnosticada e tratada, aliás, de maneira simples, a crescente detecção de casos novos é um desafio à saúde pública. Novamente de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde de 2017, “o tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sinais e sintomas em poucos dias. No entanto, as lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia” (BRASIL, 2017, p.300).

Diante de tal problema de saúde pública, a SESA ES, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, elaborou em conjunto com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo, COSEMS ES, o Plano Estadual de Enfrentamento à Sífilis Congênita (ESPÍRITO SANTO, 2017). O objetivo do artigo, desta forma, é analisar as informações relativas à incidência crescente de Sífilis Congênita no Espírito Santo no período de 2006 a 2015.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (2008, p. 50),

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Foram consultados periódicos, legislações, notas técnicas, revistas, redes eletrônicas, tais como Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico, publicações disponíveis na base de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) com seus respectivos autores, Guias publicados pelo Ministério da Saúde, Protocolos e Diretrizes também do Ministério da Saúde, além de Legislações vigentes e referentes ao tema no Brasil.

Também foram pesquisados autores que serviram como referência para alguns desses materiais e o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita 2017 do Estado do Espírito Santo, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES).

Área definida é o Estado do Espírito Santo e a população alvo se constitui dos nascidos vivos, abortos e natimortos, de acordo com os critérios diagnósticos para Sífilis Congênita do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e no Guia de Vigilância em Saúde, ambos do Ministério da Saúde.

Configura-se, de certa forma, como pesquisa documental, pois há informações oriundas de Bancos de Dados como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e Boletins Epidemiológicos emitidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, referentes à Sífilis, com consulta de regulamentos, registros e notas técnicas. A pesquisa documental, segundo Gil (2008) “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o referido Plano, com base nos dados do SINAN, a incidência de Sífilis Congênita entre os anos de 2006 e 2015 por ano de nascimento está apresentada na Tabela 1. Observa-se na mesma, apesar de ter passado por um período de redução de incidência, chegando a 2,3 por mil nascidos vivos em 2008, nos anos posteriores a taxa vem aumentando rapidamente, chegando a 10,5 em 2015 (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Tabela 01: Incidência de Sífilis Congênita entre os anos de 2006 a 2015 no Espírito Santo, por ano de nascimento, por mil nascidos vivos.

Ano de nascimento	Nascidos Vivos	Nº casos Sífilis Congênita	Taxa Incidência/ por mil nascidos vivos
2006	51.696	175	3,3
2007	51.046	164	3,2
2008	51.909	124	2,3
2009	51.518	137	2,6
2010	51.879	184	3,5
2011	53.109	191	3,5
2012	52.851	320	6,0
2013	54.084	356	6,5
2014	56.564	434	7,6
2015	56.945	600	10,5

Fonte: SINAN/SESA.

A Tabela acima se refere à Incidência de Sífilis Congênita entre os anos de 2006 a 2015 no Espírito Santo. Difere em relação à Tabela abaixo, do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), justamente por relacionar o ano de nascimento, e não o ano de diagnóstico, e, como já mencionado, o diagnóstico nem sempre ocorre no ano do nascimento.

Tabela 02: Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Espírito Santo, Brasil, 2000-2016.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
170	159	101	95	156	169	272	333	377	517	282
3,3	3,1	1,9	1,8	3	3,2	5,1	6,2	6,7	9,1	0

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Dados até 30/06/2016; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 03: Casos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade e taxas de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
5.904	5.555	5.745	6.042	6.947	9.490	11.631	13.969	16.163	19.235	9.201
2	1,9	2	2,1	2,4	3,3	4	4,8	5,4	6,5	0

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Dados até 30/06/2016; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Segundo o Boletim Epidemiológico Sífilis 2016, as taxas de incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade por ano de diagnóstico vêm aumentando nos últimos anos, sendo que em 2015 atingiu seu auge, conforme as Tabelas 02 e 03. O Espírito Santo é uma das Unidades Federativas com maior incidência, 9,1 casos/mil nascidos vivos por ano de diagnóstico, bem acima da média nacional de 6,5 casos/mil nascidos vivos no mesmo ano. O Estado está apenas atrás do Rio de Janeiro (12,4 casos/mil nascidos vivos), Rio Grande do Sul (11,5 casos/mil nascidos vivos) e Sergipe (10,9 casos/mil nascidos vivos) (BRASIL, 2016).

Independentemente de ser por ano de nascimento ou por ano de diagnóstico, o Espírito Santo se encontra entre as Unidades Federativas que lideram esse terrível ranking. E diversas ações se fazem necessárias. E tais ações envolvem diversos atores/setores, conforme o próprio Plano descreve, como: Assistência (Atenção Básica/Atenção Especializada nas Maternidades/Assistência Farmacêutica), Vigilância Epidemiológica, Gestão e Governança, Mobilização Social e Comunicação e Educação Permanente. O enfrentamento pressupõe articulação entre os envolvidos para desenvolvimento das ações no Nível Central da SESA/ES, no Nível Regional, nos Municípios, além de Prestadores de Serviço como as Maternidades e Entidades de Classe, como os Conselhos de Medicina, Farmácia e Enfermagem (ESPÍRITO SANTO, 2017).

O Plano reafirma algumas estratégias já bem conhecidas para reduzir de maneira drástica a incidência do agravo no Estado, a partir da constatação de certas vulnerabilidades, como baixa escolaridade, baixa renda, práticas sexuais sem proteção, demora no início do acompanhamento pré-natal, baixa cobertura e qualidade do pré-natal, insuficiente número de consultas de pré-natal,

gestantes com menos de 2 testes diagnósticos para sífilis, tratamento não adequado ou não realizado ao mesmo tempo em que muitas unidades não aplicam a Penicilina Benzatina. As gestantes e seus parceiros devem ser tratados adequadamente (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Assim preconiza-se a captação precoce da gestante com até 12 semanas de gestação; oferecer ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família mas com qualidade, ou seja, oferecendo acesso, vínculo, acolhimento, humanização, resolutividade, apoio diagnóstico, retaguarda hospitalar, transporte sanitário; tratamento adequado de acordo com o estágio da doença na gestante infectada e no parceiro; oferecer tratamento com Penicilina Benzatina já na Unidade de Saúde; disponibilizar pelo menos 2 testes VDRL e 1 teste rápido para sífilis para a gestante durante a gestação; envolvimento de outros setores como comunicação e mobilização social; monitoramento contínuo no SINAN do comportamento da incidência de sífilis; capacitação dos profissionais de saúde no manejo e tratamento da doença, desde a atenção primária, passando pela maternidade e chegando ao seguimento da criança, sintomática ou não (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Segundo Domingues *et al.*(2014), num estudo para analisar a cobertura de testagem para sífilis durante a assistência pré-natal e estimar a prevalência de sífilis na gestação, em mais de 23mil mulheres no Brasil, houve cobertura pré-natal de 98,7% das mulheres, cobertura de testagem para sífilis de 89,1% (um exame) e 41,2% (dois exames), bem como prevalência de sífilis na gestação de 1,02%. As coberturas foram menores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em indígenas e em mulheres com menor escolaridade, contribuindo para manutenção da prevalência da doença nestas regiões e taxas de cobertura maiores nas Regiões Sul e Sudeste. Apesar de tais coberturas, o início tardio do pré-natal resulta em menor número de consultas e exames, o que também ajuda a manter a doença presente. Resultados mais efetivos são esperados quando o tratamento da gestante infectada se dá entre a 24^a e a 28^a semana de gestação, visando evitar a transmissão da doença.

Numa outra perspectiva, para Araújo *et al.* (2012) num estudo sobre incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família que é a principal modalidade de prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica no Brasil, os pesquisadores concluem que “o enfrentamento da SC não depende apenas de conhecimentos biomédicos, recursos humanos e materiais, pois envolve intervenções não somente sobre aspectos biológicos, mas também comportamentais e socioculturais”, entendido SC como Sífilis Congênita. Por exemplo, o comportamento sexual. Assim seria de se supor que a Estratégia de Saúde da Família obteria melhor resultado no alcance de tais intervenções do que a Atenção Primária à Saúde tradicional, pela própria característica de aproximação da clientela preconizada pela ESF. Porém a mera adesão do município à Estratégia não modifica as práticas tradicionais, sem gerar efetividade e impacto nos

resultados da modalidade de assistência. Ou seja, “apesar do aumento das coberturas de pré-natal, ainda se observa uma baixa efetividade dessas ações para a prevenção da SC” (ARAÚJO et al., 2012, p. 479-486).

Magalhães *et al.* (2013, p. 1109-1120) cita em seu trabalho a Sífilis Congênita como um desafio, e propõe captação precoce da gestante, acolhimento pela unidade de saúde, exames e tratamentos oportunos e adequados para gestante e parceiro para obter melhor resultado.

Da mesma forma, Saraceni *et al.* (2017) observou em seis estados brasileiros, dentre eles o Espírito Santo, aumento da taxa de detecção de sífilis em gestantes e também aumento da incidência de Sífilis Congênita. Ressalta a necessidade de melhor organização do sistema tanto na assistência quanto na vigilância para eliminar a doença como preconizam Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS (Organização Mundial da Saúde). Ainda ressalta que as taxas podem ter se elevado pelo aumento das notificações.

Noutro estudo, Saraceni e Miranda (2012, p. 490-496) analisaram a relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e o diagnóstico de Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita. Novamente se demonstra neste estudo o quanto a Estratégia de Saúde da Família tem como potencial para intervir na redução e até mesmo eliminação da Sífilis Congênita. O pré-natal qualificado, aproveitando oportunidades de acesso à família, com equipes capacitadas, é elemento decisivo desde a captação precoce da gestante, diagnóstico/detecção da infecção e consequente tratamento adequado da mãe e do parceiro, execução dos testes de VDRL no pré-natal, busca ativa pela equipe dos casos, preenchimento do cartão da gestante com informações valiosas e completas sobre testagem, tratamento novamente da mãe e do parceiro, além da oportunidade da notificação, agindo de modo integrado com a vigilância. Mas ressalta a importância de um pré-natal plenamente implantado, com todas as ações preconizadas sendo cumpridas. Pois, caso contrário, continua a dificuldade no enfrentamento à doença. Ou seja, reafirma o espaço da Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia de Saúde da família como fator decisivo para consecução do objetivo maior de eliminação da Sífilis Congênita.

Quanto aos Protocolos, Manuais, Diretrizes e Guia citados nas referências bibliográficas, todos são unânimes em afirmar que a Sífilis Congênita é evitável, de ótimo custo efetividade quando identificada a gestante infectada e tratada oportunamente, em conjunto com o parceiro, mas que ainda representa um desafio para o sistema como um todo, resultando em abortos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecções, sequelas neurológicas e obrigatório seguimento da criança, graves desfechos podem ser prevenidos com um simples e barato teste e tratamento com Penicilina.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do estudo reside justamente por envolver mãe e feto/filho e parceiro, ou seja, a sociedade como um todo em certas faixas etárias e etapas da vida. Também importante para o Sistema Único de Saúde, para sua melhor efetividade e resolutividade, sem esquecer da eficiência, pois o mesmo custeia desde o pré-natal realizado pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, passando pelos testes VDRL e rápido para a doença, o tratamento quando indicado, a assistência ao parto e ao puerpério e o eventual seguimento dos nascidos vivos acometidos ou filhos de mães que apresentaram sífilis na gestação.

Mesmo sendo uma doença considerada evitável, de acordo com todos os Protocolos, Manuais e Guias do Ministério, de fácil detecção através de teste rápido ou pelo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), este último preconizado duas vezes sua realização durante a gestação, de fácil e barato tratamento para a mãe e parceiro (com Penicilina Benzatina), a Sífilis Congênita ainda se apresenta como um desafio para a saúde pública no Brasil e principalmente no Espírito Santo, uma das Unidades Federativas com maior incidência de Sífilis Congênita tanto em relação ao ano de nascimento da criança como também quando se leva em consideração o ano de diagnóstico. Para a criança preconiza-se a Penicilina Cristalina ou procaína.

Ou seja, as estratégias para vencer o desafio de erradicar a Sífilis Congênita são simples e efetivas, mas precisam de ação intersetorial, quer seja na Vigilância, Assistência Especializada/Hospitalar, Atenção Primária, Gestão, Mobilização Social, Educação Permanente e Assistência Farmacêutica, pois exames, notificação, tratamento, acolhimento e garantir acesso aos usuários/pacientes são muito pouco dispendiosos numa perspectiva preventiva, e bem mais eficientes do que tratar as complicações posteriores que ocorrem quando não são realizados oportunamente. Assim, com o engajamento de todos os atores/setores envolvidos no problema, há possibilidade para que o Espírito Santo atinja a meta de 0,5 casos para mil nascidos vivos, que é o preconizado pela OMS e OPAS. Ainda é necessário ressaltar que serão necessários estudos adicionais para avaliar o impacto das ações e monitorar a incidência do agravo, objetivando sua redução e posterior eliminação.

5 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. D. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 46, n. 3, 2012. 479-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1998. Disponível em: <Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 02 jun 2017.

BRASIL. **Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_congenita_preliminar.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. **Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006.

BRASIL. **Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2007.

BRASIL. **Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST E Aids, 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>>. Acesso em: 02 jun 2017.

BRASIL. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, 2016.

BRASIL. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 21 ago 2017.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, 2016.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017.

BRASIL. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS**. Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>>. Acesso em: 12 nov 2017.

BRASIL. Portaria de Consolidação 4, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, 03 out. 2017, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Portaria nº 542/1986, de 22 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**. Brasília. 24 dez. 1986. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/crt-3619>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Rev Saude Publica.** , 48, n. 5, 2014. 766–774. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211581/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). **Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita**. Vitória-ES: Secretaria de Saúde, 2017. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Orient.%20Cidad%C3%A3o/S%C3%ADfilis/Plano%20S%C3%ADfilis_VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

MAGALHÃES, D. M. D. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29, n. 6, 2013. 1109-1120. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n6/1109-1120/pt>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción**. Ginebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856_spa.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2017.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 41, n. 44, 2017. 1-8. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, 28, n. 3, 2012. 490-496. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 nov. 2017.

SOUZA, E. M. D. Há 100 anos, a descoberta de *Treponema pallidum*. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, 80, n. 5, 2005. 547-548. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000600017>. Acesso em: 24 nov. 2017.