

Sífilis congênita: notificação e realidade

Congenital syphilis: notification and reality

MARIA REGINA KOMKA¹
ELEONOR GASTAL LAGO²

RESUMO

Objetivos: estudar os casos de sífilis congênita ocorridos no Hospital de Referência Dona Regina (HRDR), localizado em Palmas, capital do Estado de Tocantins, avaliando a taxa de notificação deste agravo para a vigilância epidemiológica e identificando algumas das causas de sua ocorrência.

Métodos: em um estudo transversal retrospectivo foram incluídos todos os casos de sífilis congênita ocorridos em 2004 no HRDR, identificados através de busca ativa de puérperas VDRL reatoras no banco de dados do laboratório do hospital, seguida da pesquisa nos prontuários das pacientes. Os recém-nascidos vivos, abortos e natimortos que atenderam à definição de caso do Ministério da Saúde foram considerados casos de sífilis congênita. Os casos notificados em Palmas foram levantados pelo exame das fichas submetidas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação no ano de 2004 no município. Através do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos, registrou-se o número de nascidos vivos no município de Palmas no mesmo período.

Resultados: no ano de 2004, foram identificados 28 casos de sífilis congênita no HRDR, sendo 23 nascimentos vivos e cinco perdas fetais. No mesmo período, houve 3.851 nascimentos vivos no Município de Palmas, sendo que 2.323 (60,3%) ocorreram no HRDR. Assim, a incidência de sífilis congênita em recém-nascidos vivos, em 2004, no HRDR, foi de 23/2.323, ou 9,9 casos por 1.000 (IC95%: 6,4%-14,6/1.000). Dos 28 casos de sífilis congênita, somente 10 (36%) foram notificados, todos eles recém-nascidos vivos.

ABSTRACT

Aims: To study cases of congenital syphilis occurred in the Hospital de Referência Dona Regina (HRDR), in Palmas, capital of Tocantins state, in Brazil, seeking to evaluate the notification rate of this disease to the epidemiological surveillance system, and to identify some of the causes of its occurrence.

Methods: This retrospective cross sectional study included all cases of congenital syphilis occurred in 2004 in the HRDR. The liveborns, stillborns and abortions that fit the case definition adopted by the Ministry of Health were considered as cases of congenital syphilis. The cases were identified through an active search in the hospital's laboratory for parturient women with positive VDRL, followed by review of the patients' hospital charts. The notified cases of Palmas were searched in the formularies submitted to the Notifying Diseases Information System. The total number of liveborns in Palmas, in 2004, was determined.

Results: In 2004, 28 cases of congenital syphilis were identified in the HRDR, 23 live born infants and five fetal losses. In the same period, there were 3,851 live births in Palmas, 2,323 (60.3%) at the HRDR. The incidence of congenital syphilis in live born infants in the HRDR in 2004 was 23/2,323, or 9.9/1,000 (95% CI 6.4/1,000-14.6/1,000). Among the 28 cases of congenital syphilis, only 10 (36%) were notified, of whom all were live born infants. Hence, the notification rate was 64%. The totality of notified cases of congenital syphilis in Palmas was 10, all of them born at HRDR. Flaws in the prenatal care, and also in the newborn management, were found.

¹ Pediatra Intensivista. Responsável técnica pela UTI Pediátrica do Hospital Geral de Palmas. Pediatra do Hospital de Referência Dona Regina. Palmas/TO.

² Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da PUCRS. Responsável pelo Ambulatório de Infecções Congênicas do Hospital São Lucas da PUCRS.

Portanto, a taxa de subnotificação foi de 64%. A totalidade de casos notificados pelo SINAN em Palmas foi de 10 casos, todos eles provenientes do HRDR. Foram encontradas falhas no pré-natal e no manejo dos recém-nascidos.

Conclusões: houve uma grande taxa de subnotificação de sífilis congênita no HRDR e também no município de Palmas. A vigilância epidemiológica precisa ser aperfeiçoada, assim como a aplicação dos protocolos oficiais para gestantes e recém-nascidos, para que seja possível atingir a meta tão desejada, que é a eliminação da sífilis congênita no Brasil.

DESCRIPTORIOS: SÍFILIS CONGÊNITA/epidemiologia; VIGILÂNCIA SANITÁRIA; ESTUDOS TRANSVERSAIS; ESTUDOS RETROSPECTIVOS. NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS.

Conclusions: A high sub-notification rate was observed in the HRDR and also in Palmas County. Epidemiological surveillance needs to be improved, as does the application of the official guidelines for pregnant women and newborn infants, in order to make the desired goal of elimination of congenital syphilis in Brazil possible.

KEYWORDS: SYPHILIS, CONGENITAL/epidemiology; HEALTH SURVEILLANCE; CROSS SECTIONAL STUDIES; RETROSPECTIVE STUDIES; DISEASE NOTIFICATION.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença antiga, conhecida há mais de 500 anos. Seu agente etiológico, o espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), foi descoberto em 1905. Após a década de 1940, pensou-se que a penicilina levaria ao desaparecimento da doença; entretanto, embora o *T. pallidum* continue sensível à penicilina, a sífilis continua atingindo milhões de pessoas no mundo inteiro.¹

A sífilis congênita, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação. Aproximadamente 40% das gestações resultam em perdas fetais e perinatais e, nas restantes, em torno de 50% dos recém-nascidos poderão sofrer seqüelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento.^{1,2} No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), embora a subnotificação de casos de sífilis congênita seja alta, alguns dados disponíveis indicam a elevada magnitude deste problema. São notificados 4,5 mil casos por ano, mas estima-se que o número real seja muito maior, podendo chegar a 48 mil.³ A sífilis congênita causa grande impacto social, que se traduz em custos indiretos para a economia do País, os quais, somados aos custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam muito os custos totais.⁴

A vigilância epidemiológica é considerada o fundamento para o controle de doenças em saúde pública. Os dados de vigilância são indispensáveis para identificar e descrever problemas de saúde pública, determinar prioridades, dirigir o foco das intervenções e avaliar os programas -

em resumo, estabelecer uma política de controle de doenças.^{5,6}

A vigilância epidemiológica pode ser passiva ou ativa. A mais empregada é a vigilância passiva, na qual são enviados formulários, juntamente com instruções de preenchimento, àqueles que são solicitados a notificar doenças, como médicos, laboratórios e hospitais, esperando-se que informem todos os casos de doenças notificáveis por eles atendidos. A vigilância ativa requer telefonemas periódicos ou visitas pessoais ao indivíduos notificantes, para obtenção dos dados requeridos. Por ser muito trabalhosa e onerosa, só é realizada em situações excepcionais.⁶

Notificação é a comunicação, por profissional de saúde ou qualquer cidadão, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. Sua confiabilidade é dependente da capacidade dos profissionais de saúde diagnosticarem corretamente esses eventos. Para isso, eles devem ser capacitados e ter conhecimento das normas técnicas ou normatizações, como a definição de caso.⁷ A definição de caso é fundamental para a vigilância epidemiológica, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência desse evento. O objetivo principal é tornar comparáveis os critérios que regulam a entrada de casos no sistema.⁸

Entre o final da década de 1980 e início da década de 1990 aumentou muito a incidência de sífilis congênita nos Estados Unidos da América (EUA). Investindo em vigilância

epidemiológica, como primeiro passo para controlar a reemergência da sífilis, que havia se tornado um grande problema de saúde pública naquele país, o *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) introduziu uma nova definição de caso de sífilis congênita em 1988.⁹ Este passo foi importante, pois pelos critérios clínicos usados anteriormente (critérios de Kaufman), muitos recém-nascidos com sífilis congênita saíam da maternidade sem diagnóstico definido. Mais de 50% dos recém-nascidos com sífilis congênita são totalmente assintomáticos ao nascer, embora evoluindo para quadros clínicos graves e até fatais nos primeiros meses de vida.^{2,10,11} A nova definição de caso do CDC teve os critérios ampliados, incluindo, além dos recém-nascidos com alterações clínicas e laboratoriais, todos os abortos e natimortos de mães com sorologia positiva para sífilis, e recém-nascidos assintomáticos cujas mães não receberam tratamento adequado para sífilis. Embora se reconheça que alguns recém-nascidos não infectados possam ser incluídos como casos, esta definição tornou o sistema de notificação muito mais eficiente, permitindo que fossem reconhecidos e notificados, desde o nascimento, todos os recém-nascidos em risco para sífilis congênita. Assim, com enfoque na notificação, que permitiu identificação das causas, fatores de risco e regiões de maior prevalência, o programa de eliminação da sífilis congênita dos EUA conseguiu diminuir a incidência da doença, de 1 caso por 1.000 nascidos vivos em 1991, para 0,1 casos por 1.000 em 2002.¹²⁻¹⁵

No Brasil, o MS passou a adotar oficialmente os critérios epidemiológicos de definição de caso de sífilis congênita, baseados nos do CDC, em 1992,¹⁶ sendo a definição de caso atualizada em 2004.¹⁷ A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória, juntamente com a AIDS, em 1986, por meio da Portaria nº 542 do MS. Em 2005, com o objetivo de implementar as ações de controle da transmissão vertical da sífilis e evitar os casos de sífilis congênita, o MS passou a considerar também a sífilis na gestação como um dos agravos de notificação compulsória (Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005).^{5,7,8}

Deste modo, a notificação de casos, tanto de sífilis gestacional quanto de sífilis congênita, é obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares

de saúde. A inobservância disto constitui infração da legislação referente à saúde pública.⁵

A eliminação da sífilis congênita fez parte do plano "Saúde para todos no ano 2000", da OMS e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), acolhido pelo Fórum de Ministros de Saúde das Américas e, posteriormente, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do MS, no Brasil. Entretanto, apesar dos esforços para controle da doença, a eliminação não ocorreu no Brasil nem em outros países não-industrializados de nosso continente. Apesar de se tratar de um problema passível de ser evitado por medidas simples e de baixo custo, a sífilis congênita ainda representa um grave problema de saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil. Parece que as estratégias utilizadas não estão conseguindo resolver o problema nem identificar as suas causas.^{7,18-24}

O objetivo deste trabalho foi estudar os casos de sífilis congênita ocorridos no Hospital de Referência Dona Regina (HRDR), localizado em Palmas, capital do Estado de Tocantins, avaliando a taxa de notificação deste agravo para a vigilância epidemiológica e identificando algumas das causas de sua ocorrência.

MÉTODOS

Neste estudo transversal retrospectivo foram incluídos todos os casos de sífilis congênita ocorridos no HRDR no ano de 2004, identificados através de busca ativa de puerperas com VDRL reagente no banco de dados do laboratório do hospital, seguida da pesquisa nos prontuários das pacientes. Foram considerados casos de sífilis congênita os recém-nascidos vivos, natimortos e abortos que atenderam à definição de caso do MS.¹⁷

As variáveis maternas investigadas foram idade da mãe, dados do acompanhamento pré-natal, diagnóstico de sífilis na gestação, tratamento da sífilis, causa da ausência de tratamento (quando não realizado), se o parceiro recebeu tratamento e tipo de desfecho da gestação (nascido vivo, aborto ou natimorto). Foram investigados também alguns dados clínicos dos recém-nascidos.

Os casos notificados em Palmas foram levantados pelo exame das fichas submetidas ao SINAN no ano de 2004 no município. Cada caso de sífilis congênita do HRDR foi identificado como notificado ou não notificado. Foi levantado o número de recém-nascidos vivos no

HRDR no ano de 2004. Através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), foi constatado o número de recém-nascidos vivos em Palmas no mesmo período.

O estudo não interferiu nas condutas médicas. Foi mantido o sigilo sobre a identidade dos pacientes e foram observados os demais preceitos éticos da pesquisa em seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas, Tocantins.

RESULTADOS

No ano de 2004, foram identificados 28 casos de sífilis congênita no HRDR pelos critérios descritos na metodologia, sendo 23 nascimentos vivos e cinco perdas fetais (Tabela 1).

TABELA 1 – Tipos de desfecho de sífilis congênita no HRDR, em 2004.

Desfecho	n (%)
Recém-nascidos vivos	23 (82,0%)
Natimortos	1 (3,6%)
Abortos	4 (14,4%)
Total	28 (100%)

No mesmo período, houve 3.851 nascimentos vivos no Município de Palmas, sendo que destes, 2.323 (60,3%) ocorreram no HRDR. Assim, a incidência de sífilis congênita em recém-nascidos vivos, em 2004, no HRDR, foi de 23/2.323, ou 9,9 casos por 1.000 (IC95%: 6,4%-14,6/1.000).

Dos 28 casos de sífilis congênita, somente 10 (36%) foram notificados, todos eles recém-nascidos vivos. Treze casos de recém-nascidos vivos não foram notificados, e dos casos de perda fetal – quatro abortos e um natimorto – nenhum foi notificado. Portanto, a taxa de subnotificação foi de 64%.

A totalidade de casos notificados pelo SINAN em Palmas foi de 10 casos, todos eles provenientes do HRDR. Considerando somente os casos notificados, a incidência de sífilis congênita em Palmas seria de 10/3.851 nascimentos vivos, ou seja, 2,6/1.000 nascidos vivos (IC 95% 1,3-4,6/1.000). Considerando o número total de casos identificados em recém-nascidos vivos no HRDR por este estudo, a incidência em Palmas seria de 23/3.851 nascimentos vivos, ou seja, 5,9/1.000 (IC 95% 3,8-8,8/1.000).

A mediana de idade das 28 mães foi de 25 anos (P25, 21 anos; P75, 27 anos; intervalo 16-34 anos). Do total de 28 casos de sífilis congênita, 8 mães (28%) não haviam feito acompanhamento pré-natal e 20 mães (72%) haviam feito. Entretanto, destas últimas, 15 (75%) não tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação, pelas causas descritas na Tabela 2. A sífilis foi diagnosticada durante a gestação em cinco mães (25%), que receberam tratamento, porém seus recém-nascidos foram definidos como casos de sífilis congênita, sendo quatro por falta de documentação do tratamento e um por evidências de falha do tratamento ou reinfeção da gestante (Tabela 2).

TABELA 2 – Causas da sífilis congênita nas 20 mães com pré-natal realizado.

Causa	n (%)
Não realização de VDRL no pré-natal	12 (60%)*
VDRL negativo na gestação	1 (5%)*
Sem informação sobre a causa da ausência de diagnóstico na gestação	2 (10%)*
Tratamento não documentado	4 (20%)
Evidência de falha do tratamento ou reinfeção	1 (5%)
Total	20 (100%)

* Sífilis não diagnosticada no pré-natal.

Além dos fatores referidos, considerando os 28 casos de sífilis congênita, em 18 casos (64%) não havia informações sobre tratamento dos parceiros, e em 10 casos (36%), a informação era de ausência de tratamento.

Os pesos dos recém-nascidos vivos com sífilis congênita foram superiores a 2.500g em 87% dos casos. Dos 23 recém-nascidos vivos, somente um apresentou sintomatologia clínica, a qual consistiu em um quadro de septicemia. Para os restantes, não foram descritas alterações ao exame físico. Cinco recém-nascidos foram submetidos a avaliação complementar, sendo que um apresentou alteração liquórica e um apresentou alteração ao RX de ossos longos.

DISCUSSÃO

Embora inúmeros trabalhos sobre sífilis gestacional e congênita venham sendo publicados no Brasil na última década, poucos determinaram a incidência de sífilis congênita, e somente alguns compararam a taxa de notificação com a incidência identificada por busca ativa na localidade ou na instituição de saúde.

A incidência de sífilis congênita no HRDR no ano de 2004 ficou bem acima da meta do MS e da OPAS, ou seja, estamos longe de alcançar a eliminação deste agravo. A meta, proposta pelo Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Brasil, do MS, em 1993, e pelo Plano de Ação para Eliminação da Sífilis Congênita na América Latina e Caribe, da OPAS, em 1995, era atingir, até o ano 2000, menos de 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos e menos de 0,1 casos de sífilis entre gestantes. Em 1997, visando adequar as metas à política nacional de controle, o MS passou a considerar que o registro de até 1 caso por 1.000 nascidos vivos representava a meta de eliminação da sífilis congênita.^{8,16}

Buscando dados relatados em alguma publicações no Brasil, observamos que a incidência de 9,9 casos para 1.000 recém-nascidos vivos do HRDR é aparentemente mais alta quando comparada às registradas com base somente em notificações. Como exemplos de incidências baseadas em notificações, temos a encontrada em um estudo feito no município de Carapicuíba/SP em 2002, que foi de 4,8/1.000,²⁵ e as publicadas em boletins oficiais, que relatam menos de 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos.^{26,27}

Quando comparada às incidências encontradas em outros trabalhos de pesquisa, que não se resumiram apenas aos dados oficiais, mas realizaram levantamentos detalhados em determinados serviços, a do HRDR é semelhante ou mais baixa: 12,3/1.000 no Hospital São Lucas da PUC/RS, em Porto Alegre, entre 1998-1999;²⁸ 15,5/1.000 no Hospital Universitário de Caxias do Sul/RS, no período de 1998-2002;²⁹ 21,9/1.000 em um hospital da rede SUS em Niterói/RJ, no período de 2002-2004;³⁰ 16,1/1.000 em Manaus/AM, entre abril de 2003 e abril de 2004.³¹ Deve-se ressaltar que geralmente, nas localidades que possuem instituições onde são feitas pesquisas, os únicos casos notificados ao MS são os identificados na instituição.

Este estudo evidencia bem o problema da subnotificação, pois considerados apenas os casos notificados em Palmas, em relação ao número de nascidos vivos no município, a taxa de sífilis congênita seria um terço da encontrada no HRDR por busca ativa, e metade da calculada para o número de recém-nascidos vivos no município somente pelos casos identificados no HRDR, incluindo os notificados e os não notificados. Supondo-se que não tenha havido nenhum caso de sífilis congênita em Palmas além

dos nascidos no HRDR (o que é improvável, embora a maioria dos partos pelo SUS ocorram neste hospital), ainda assim a incidência no município revelou-se bem maior do que a calculada oficialmente pelos casos notificados. Note-se ainda que, pelos dados oficiais, não teria ocorrido nenhum caso de perda fetal com sífilis em Palmas, no período estudado.

Em nível nacional, segundo estimativa do MS, a subnotificação dos casos de sífilis congênita é ainda maior do que a obtida no presente estudo, atingindo níveis ao redor de 75%.²⁶ Também no Rio de Janeiro/RJ, em 2004, foi registrado um índice de subnotificação de 64% - igual ao encontrado neste estudo.^{23,27}

Esses fatos apontam para a importância de levantamentos como este, para que se tenha uma idéia exata, fundamentada em metodologia científica, da real dimensão do problema da sífilis congênita no Brasil. Segundo Hawkes e colaboradores,³² os levantamentos realizados em locais específicos, com metodologia dirigida, podem somar-se aos dados oficiais de vigilância epidemiológica, colaborando na determinação da prevalência e de outros dados quantitativos e qualitativos, que são essenciais para a implantação de programas de controle da sífilis gestacional e congênita.

A sífilis gestacional e a sífilis congênita estão estreitamente relacionadas com alguns grupos de maior risco, como mulheres muito pobres ou com estilos de vida vulneráveis, sendo que alguns fatores de risco específicos podem variar entre as diversas regiões e ao longo do tempo.³³⁻³⁸ Muitos casos de sífilis congênita poderiam ser evitados com programas oportunos e dirigidos. Se cada país, ou região, conhecer sua própria situação, os programas de triagem podem tornar-se mais eficientes. Sem o conhecimento exato de onde se encontram as falhas, as ações de saúde podem perder o foco principal.

A grande maioria (72%) das mães havia feito acompanhamento pré-natal, sendo que, dentre estas, somente 15% tiveram a sífilis diagnosticada na gestação. Falhas no atendimento pré-natal, observadas na rede pública de saúde do município de Palmas, foram também observadas em outros locais. Num estudo em Caxias do Sul/RS, em 2002, foi constatada a presença de acompanhamento pré-natal em 78,4% de 150 gestantes portadoras de sífilis, mas entre estas, verificou-se ausência de tratamento em 14,9% e tratamento inadequado em 44,6%.³⁹ Em Porto Alegre/RS, investigando-se as causas da sífilis

congênita em 77 casos, encontrou-se ausência de acompanhamento pré-natal em 32,5%, VDRL não reagente na gestação em 22,0%, prescrição incorreta em 19,5%, manejo incorreto dos testes sorológicos em 15,6% e outras causas, como tratamento não documentado e falha da gestante em fazer o exame ou completar o tratamento, em 10,4%.⁴⁰ Segundo dados nacionais do MS, somente 53% das gestantes com pré-natal tiveram o diagnóstico de sífilis feito durante a gestação.⁴¹

O MS preconiza a realização rotineira de testes não-treponêmicos no primeiro e terceiro trimestres da gestação e no momento do parto, o que não foi observado na maior parte das pacientes deste estudo. Estes e outros dados confirmam que, apesar da falta de acompanhamento pré-natal representar isoladamente o principal fator de risco para sífilis congênita, existem muitas falhas que poderiam ser evitadas quando a gestante busca atendimento na rede de saúde. Para tanto, a equipe de saúde precisa ser continuamente capacitada, como prevê o Pacto pela Saúde, através da educação permanente, feita pelo sistema de saúde pública.^{42,43}

O não tratamento dos parceiros foi o critério acrescentado à definição de caso de sífilis congênita pelo MS, em 2004.¹⁷ Dados nacionais do MS mostram que entre as gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação somente 53% tiveram seus parceiros tratados.^{41,44} Cumpre destacar que somente este critério teria sido suficiente para definir os casos de sífilis congênita encontrados no HRDR.

Observamos 18% de perdas fetais entre os casos de sífilis congênita, isto considerando que algumas delas podem ter passado despercebidas, caso não tenha sido solicitado VDRL quando da sua ocorrência. Nossos achados confirmam a grande morbidade da sífilis na gestação, já extensamente descrita.^{1,22,45} Por outro lado, a maioria dos recém-nascidos vivos de nosso estudo (87%) tinha peso maior do que 2.500 gramas ao nascer, o que acompanha a tendência nacional de peso ao nascimento de crianças com sífilis congênita;⁴⁴ e a quase totalidade deles foram assintomáticos. Os dados reforçam que a maior parte dos casos de sífilis congênita ocorrem em recém-nascidos aparentemente normais, com peso adequado para a idade gestacional, aumentando a importância da definição de caso epidemiológica.^{2,10} Por outro lado, a aparente normalidade dos recém-nascidos pode minimizar a importância de completar a investigação

diagnóstica e tratá-los de acordo com o protocolo recomendado pelo MS. Os protocolos de sífilis congênita precisam ser divulgados intensivamente, tanto nos serviços de pré-natal quanto nos hospitais-maternidades. Um dos objetivos da vigilância epidemiológica da sífilis congênita é a redução da morbimortalidade. Quanto mais precocemente essas crianças são diagnosticadas e tratadas, melhor é o seu prognóstico.^{2,5,10}

Concluímos que houve uma grande taxa de subnotificação de sífilis congênita no HRDR e também no município de Palmas. A vigilância epidemiológica precisa ser mais valorizada, com a criação de centros de vigilância hospitalares e ambulatoriais e com o treinamento específico de funcionários para este fim, para que possam ser feitas buscas ativas com mais eficiência. Verificamos também falhas no acompanhamento pré-natal e no manejo dos recém-nascidos. O aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica e a aplicação exata das condutas preconizadas pelos protocolos oficiais para gestantes e recém-nascidos são necessários para a realização da meta tão desejada que é a eliminação da sífilis congênita no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Finelli L, Berman SM, Koumans EH, ET AL. Congenital syphilis. Bull World Health Organ. 1998;76[Suppl 2]:126-8.
2. Sánchez PJ, Gutman LT. Syphilis. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, et al., editors. Textbook of pediatric infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2004. p. 1724-43.
3. Brasil. (1) Ministério da Saúde. Bol Epidemiol AIDS-DST (Rio J.). 2005;1:36-9.
4. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. Bull World Health Organ. 2004;82:402-9.
5. Brasil. (8) Ministério da Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica. Sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Jeckel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
7. Brasil. (2) Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação: Tocantins. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Paz LC, Pereira GF, Matida LH, et al. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. Bol Epidemiol AIDS-DST (Rio J.). 2004;1:12-7.
9. Centers for Disease Control. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis. MMWR. 1988;37(S1):1-13.
10. Ingall D, Sánchez PJ, Baker CJ. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, et al., editors. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 6th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders, 2006; p. 545-80.

11. Lago EG, Garcia PCR. Sífilis congênita: uma emergência emergente também no Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2000; 76:461-5.
12. Zenker P, Berman SM. Congenital syphilis: reporting and reality. *Am J Public Health*. 1990;80:271-2.
13. Cohen DA, Boyd D, Prabhudas I, et al. The Effects of case definition in maternal screening and reporting criteria on rates of congenital syphilis. *Am J Public Health*. 1990;80:316-7.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for geographic and secular trends in congenital syphilis: United States, 1983-1991. *MMWR*. 1993;42:59-71.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis: United States, 2002. *MMWR*. 2004;53:716-9.
16. Brasil. (3) Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília: o Ministério; 1993.
17. Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, et al. Nova definição de caso de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38:446-7.
18. Pan-American Health Organization (PAHO). Elimination of congenital syphilis. *Bul Pan Am Health Organ*. 1995;29:364-8.
19. Ramos MC. Sífilis congênita, ainda um desafio [editorial]. *J Bras DST*. 2001;13:3-4.
20. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16:168-75.
21. Beltrami J, Berman S. Congenital syphilis: a persisting sentinel public health event. *Sex Transm Dis*. 2006; 33:675-6.
22. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1244-50.
23. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. 2005;19:1341-9.
24. Varderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congênita en América latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16:211-7.
25. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba/SP: ainda uma realidade em 2002. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2005;17:10-7.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/aids/pdf/plano_estrategico_2005.pdf
27. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Subsecretaria de Assistência à Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. *Bol Epidemiol DST- AIDS (Rio J)*. 2006; dez. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/docs/dstaids/boletim_epid_2006.pdf
28. Lago EG. Sífilis congênita: fatores de risco maternos e causas da ausência de tratamento na gestação [dissertação]. Porto Alegre (RS): PUCRS; 2000.
29. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23:647-52.
30. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, et al. Estudo de prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói/RJ. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2005;17:18-23.
31. Lima GA, Ribeiro MN, Machado MDJ, et al. Estudo de casos de sífilis congênita notificados na Maternidade Alvorada, entre abril 2003 a abril de 2004, Manaus/AM. VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS; 2006. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/congressoprev2006/Html/resumo917.html>
32. Hawkes S, Miller S, Reichenbach L, et al. Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics. *Bull World Health Organ*. 2004;82:417-23.
33. Lago EG, Rodrigues L, Fiori RM, et al. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. *Sex Transm Dis*. 2004;31:33-7.
34. Mobley JA, McKeown RE, Jackson KL, et al. Risk factors for congenital syphilis in infants of women with syphilis in South Carolina. *Am J Public Health*. 1998;88:597-602.
35. Coles FB, Hipp SS, Silberstein GS, et al. Congenital syphilis surveillance in Upstate New York, 1989-1992: Implications for prevention and clinical management. *J Infect Dis*. 1995;171:732-5.
36. Klass P, Brown E, Pelton SI. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital: a comparison across four decades. *Pediatrics*. 1994;94:24-9.
37. Webber MP, Lambert G, Bateman DA, et al. Maternal risk factors for congenital syphilis: case-control study. *Am J Epidemiol*. 1993;137:415-22.
38. MacCubbin MS, Hipp SS, Murphy DP, et al. Syphilis: the epidemiology of change. *NY State J Med*. 1991; 91:526-30.
39. De Lorenzi DRS, Araújo BF, Grazziotim L, et al. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul/RS no período de 1998-2002. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2005;17:5-9.
40. Lago EG, Ricardi C, Harter K, et al. Causas de falha na prevenção da sífilis congênita. *Rev Med PUCRS*. 2001; 11:14-21.
41. BRASIL. (5) Ministério da Saúde. Análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, 1996 a 2006. *Bol Epidemiol AIDS-DST (Rio J)*. 2006;3(1):9-10. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS624DE984PTBRIE.htm>
42. BRASIL. (6) Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. DOU. Brasília, 2006 fev 23.
43. Trepka MJ, Bloom SA, Zhang G, et al. Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. *Sex Transm Dis*. 2006;33:670-4.
44. BRASIL. (7) Ministério da Saúde. Números inéditos da AIDS por raça e cor. *Bol Epidemiol AIDS DST*. 2004a; 1(1):26-34. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/BOLETIM2.pdf>
45. Sánchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol*. 1997;24:71-89.

Endereço para correspondência:
 ELEONOR G. LAGO
 Av. Ipiranga 6690 - 5º andar
 Serviço de Neonatologia
 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil
 Fone: (51) 3320-3000 r. 2618
 E-mail: eglago@pucrs.br