

Atualização

Sífilis congênita no estado de São Paulo: “O desafio continua”

Congenital syphilis in the state of São Paulo: “The challenge continues”

Carmen Silvia Bruniera Domingues; Artur O. Kalichman; Ângela Tayra; Ivone Aparecida de Paula; Vilma Cervantes; Rosa Alencar Souza; Valdir Monteiro Pinto; Carla Gianna Luppi; Solange Chabu Gomes; Maria Clara Gianna

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.
Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

A sífilis é uma doença infecciosa produzida por uma bactéria, o *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual. Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central.

A sífilis congênita (SC) é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária.¹ A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença materna e durante o parto, se houver lesões genitais maternas. No entanto, existe uma dependência do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será afetado. Inversamente, infecção antiga leva a formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção do conceito, produzindo lesões mais tardias na criança. Ocasionalmente, há possibilidade de transmissão direta do *Treponema pallidum* por meio do contato da criança com o canal de parto ou períneo (transmissão perinatal), se houver lesões genitais maternas (cancro duro, condiloma plano). Nenhum dado indica associação do leite materno com a transmissão mãe-criança.²

Ocorrendo a transmissão do *Treponema pallidum* para o conceito, cerca de 40% dos

casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal. A maior parte dos casos de SC precoce é assintomática (mais de 50%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia.²

Na SC tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos. As principais características são: tibia em “lamina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.²

O tratamento da sífilis, inclusive a congênita, é realizado com penicilina conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A prevenção da SC consiste em diagnosticar precocemente e tratar adequadamente a gestante e seu parceiro sexual.³

Sífilis Congênita no Brasil

Embora a SC seja uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 (Portaria nº 542, de 22/12/86 - Ministério da Saúde), foram notificados ao Ministério da Saúde 104.853 casos em menores de um ano de idade, de 1998 a 2014 (até 30/06/2014). A região Sudeste registrou 45,8% dos casos (48.015), a Nordeste, 31,4% (32.884), a Sul, 8,5% (8.959), a Norte, 8,4% (8.856) e a Centro-Oeste, 5,9% (6.139). Rio de Janeiro, com 22,7% (23.766) e São Paulo, com 16,9% (17.678) são os estados com maior número de ocorrências reportadas, juntos representam quase 40% do total de casos do país. No ano de 2013 foram notificados e investigados 13.705 casos de SC em menores de um ano de idade, 18% a mais do que as notificações de 2012. A incidência aumentou 95% quando comparados os anos 2010 e 2013, de 2,4, em 2010, para 4,7 casos por mil nascidos vivos, em 2013, e variou de acordo com a região de residência: 5,3 para a Região Nordeste (4.417); 5,1 para a Sudeste (5.907); 4,1 para a Sul (1.566); 3,5 para a Norte (1.064); e, 3,3 para a Centro-Oeste (751), em 2013. Os abortos e natimortos por SC totalizaram 8.437 (8%), no período de janeiro de 1998 a junho de 2014. Isso mostra a elevada magnitude do problema apesar da provável subnotificação desse agravo, ainda nos dias atuais.⁴

Em 2013, entre os casos notificados no país, 75% (10.280) das mães realizaram o pré-natal (PN) e, destas, 59% (6.030) tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez. No entanto, em 84% (5.179) das mães o tratamento foi inadequado ou não realizado e apenas 18% (1.124) dos parceiros maternos tinham sido tratados.⁴ Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do PN no país e/

ou a pouca importância que os profissionais de saúde (gestores ou diretamente envolvidos no atendimento) têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 2009, lançaram a “Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis na América Latina e Caribe”. Em 2010, essa iniciativa regional se articulou ao “Plano Global para Eliminação de Novas Infecções pelo HIV entre Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas”. Nesse mesmo ano, os estados-membros da Opas, entre os quais o Brasil, aprovaram o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”.⁵

Em 2014, a Opas criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, que certificará os países que atingirem metas de impacto e de processo propostas para a eliminação destes agravos: taxa de incidência (TI) de SC de 0,5 caso por mil nascidos vivos (NV); TI de casos de infecção por transmissão vertical do HIV (TVHIV) $\leq 0,3$ por mil NV; taxa de transmissão vertical do HIV $< 2\%$; cobertura de PN (≥ 1 consulta) $\geq 95\%$; cobertura da testagem HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; cobertura de tratamento com antirretroviral em gestantes HIV positivo e de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.⁵

Sífilis Congênita no Estado de São Paulo

No estado de São Paulo (ESP), em 2013, os indicadores relacionados à transmissão vertical da sífilis, propostos pela OPAS, apresentaram os seguintes resultados: taxa de incidência de sífilis

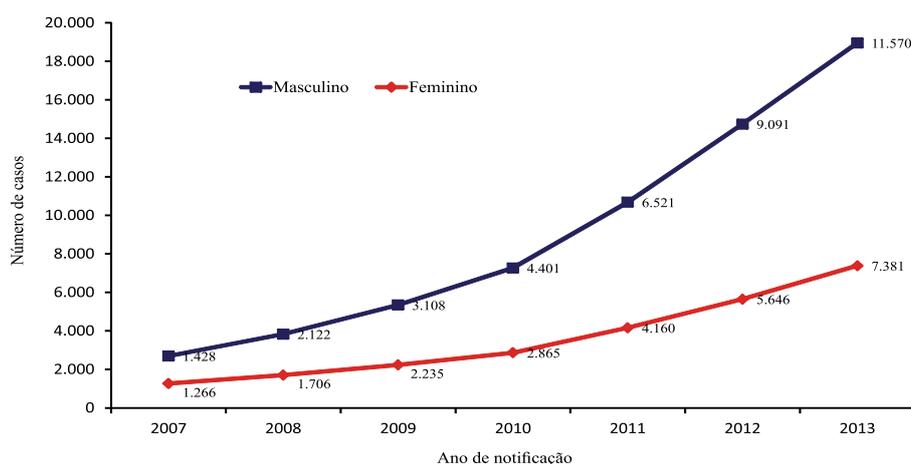
congênita (Tisc) de 3,9 casos/1000 NV-ano; cobertura de 98% do PN; e 84,3% a cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis. Dados referentes à cobertura da testagem da sífilis em gestantes ainda não estão disponíveis.⁶

Os indicadores referentes à eliminação da SC necessitam de maiores esforços para o seu alcance, apesar das medidas de intervenção para evitar este agravo estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante. Vários fatores sociais, políticos, econômicos e individuais parecem dificultar o acesso desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência destes casos, em populações mais vulneráveis. Ampliação do acesso e melhoria do PN, oferta de testes para diagnóstico precoce e início oportuno de tratamento das gestantes e parceiros são ações importantes para sua eliminação.

Apesar de a SC ser um agravo de notificação compulsória, a subnotificação é elevada. Entretanto, vem apresentando melhor captação de casos no Estado, desde 2007, quando foi lançado o Plano de Eliminação da Sífilis Congênita,

em evento organizado pela Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.

O “pensar em sífilis” e “falar em sífilis” estão mais frequentes e têm contribuído para melhorar o diagnóstico e a notificação dos casos. No entanto, deve ser ressaltado o crescimento da sífilis adquirida, que tem contribuído para a elevação de casos em gestantes e, conseqüentemente, de SC. No ESP, entre 2007 e 2014 (até 30/06/2014), foram notificados 73.366 casos de sífilis adquirida, sendo 40% (29.166) no sexo feminino.⁶ Em 2010, a sífilis adquirida passou a ser um agravo de notificação compulsória (Portaria n.º 2.472 – 31/08/2010 – Ministério da Saúde), o que colaborou para o aumento de casos notificados. Quando comparado os anos 2010 e 2013, observamos um aumento de casos de 2,6 vezes para ambos os sexos, as mulheres passaram de 2.865 casos, em 2010, para 7.381, em 2013, e os homens de 4.401 para 11.570 (Figura 1). Entre mulheres jovens, a elevação de casos de sífilis adquirida foi de 2,6 e 2,1 vezes, respectivamente, com 19 anos de idade ou menos (de 255 casos, em 2011, para 665, em 2013) e com 20 a 29 anos (de 789 casos, em 2011, para 1.649, em 2013) (Figura 2).

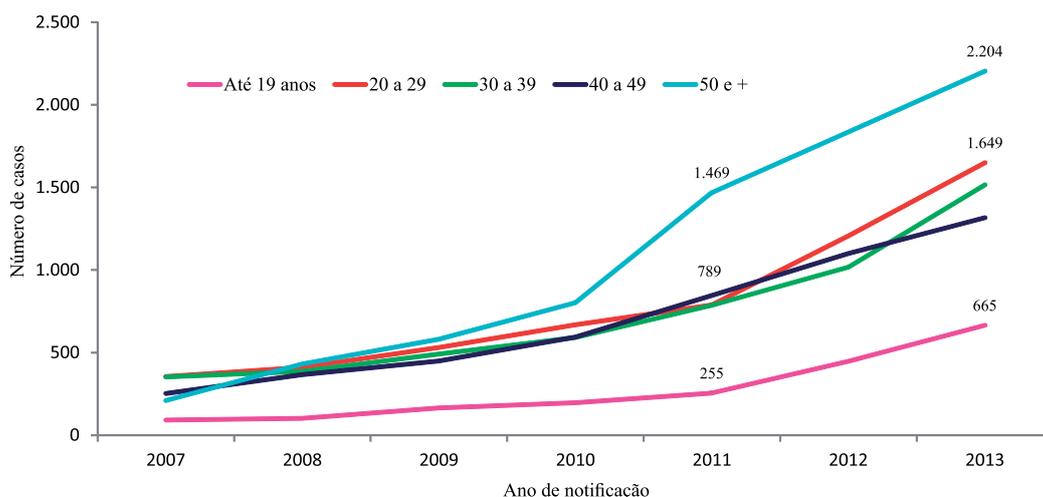


*Dados preliminares até 30/06/2014, sujeitos a revisão mensal

** Sífilis adquirida: CID 10 = A53.0 Sífilis latente não especificada, se recente ou tardia e A53.9 Sífilis não especificada

Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)

Figura 1. Casos notificados de sífilis adquirida segundo sexo e ano de notificação. Estado de São Paulo, 2007 a 2013*



* Dados preliminares até 30/06/2014, sujeitos a revisão mensal

**Sífilis adquirida: CID10 = A53.0 - sífilis latente não especificada, se recente ou tardia e A53.9 - sífilis não especificada

Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)

Figura 2. Casos notificados de sífilis adquirida em mulheres segundo a faixa etária (em anos) e ano de notificação. Estado de São Paulo, 2007 a 2013*

No estado de São Paulo, foram notificadas 21.739 gestantes com sífilis (2007 até 30/06/2014) e 21.247 casos de SC (1989 até 30/06/2014).⁶ A Tisc e a taxa de detecção de sífilis na gestação (Tdsg) aumentaram, respectivamente, 1,9 vezes (de 2,0 para 3,9 casos/1000 nascimentos-ano) e 2,3 vezes (de

3,6 para 8,3 gestantes/1000 nascimentos-ano), quando comparado os anos 2010 e 2013 (Tabela 1 e Figura 3). Os dados têm mostrado que apesar da SC ser um agravo evitável, ainda permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidenciam falhas, particularmente do PN.



*Dados preliminares até 30/06/2014, sujeitos a revisão mensal

Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)

Figura 3. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG) e taxa de incidência de sífilis congênita (TISC) por 1000 nascidos vivos-ano (NV-ano), segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2013*

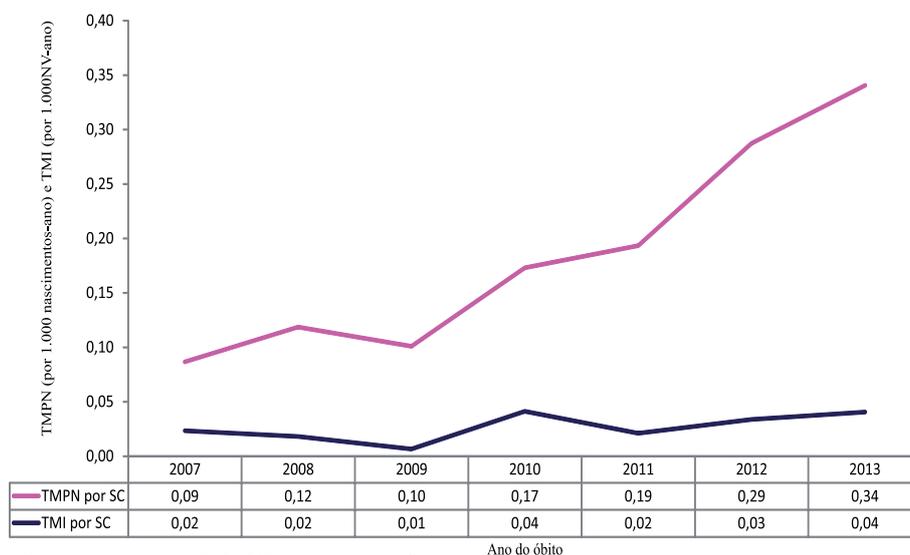
Apesar do incremento nas notificações de gestantes com sífilis, se considerada a taxa de soroprevalência de sífilis na gestação de 1,02% encontrada no estudo “Nascer no Brasil”,⁷ que nos parece mais próxima da nossa realidade, o número esperado de gestantes com sífilis, para o ano de 2013, seria de 6.858 casos. No entanto, foram notificadas 5.057 gestantes com sífilis no ESP, em 2013 (Tabela 1), ou seja, teríamos uma subnotificação de aproximadamente 26%.

Entre 2007 e 2014 (até 30/06/2014), ocorreram 126 óbitos infantis por sífilis e 886 natimortos e abortos por sífilis, perfazendo um total de 1.012 perdas neste período⁶. A taxa de mortalidade perinatal (TMPN) e a taxa de mortalidade infantil (TMI) por SC aumentaram 1,8 (de 0,19 para 0,34 óbitos/1.000 nascimentos-ano) e 1,9 vezes (de 0,02 para 0,04 óbitos/1000 NV-ano), respectivamente, quando comparado 2011 a 2013 (Figura 4). Ainda vale ressaltar que, no período de 2007 a 2013, o aumento da TMPN por SC foi de 3,9 vezes (de 0,09 para 0,34/1000 nascimentos-ano).⁶

Em 2013, observamos que 44,5% (975) dos casos de sífilis congênita não cumpriram o protocolo clínico-laboratorial de atenção ao recém-nascido, ou seja, não realizaram principalmente o Raio-X de ossos longos e o exame de liquor. Assim como, em 29% (633) dos recém-nascidos com sífilis, o tratamento não foi realizado de acordo com o protocolo preconizado.

O diagnóstico precoce e o tratamento da gestante com sífilis, idealmente iniciado até a 20ª semana de gestação, podem contribuir para a redução de perdas fetais e óbitos infantis evitáveis. A melhoria da qualidade do PN, o manejo adequado das ações de prevenção e terapêutica, captação precoce de gestantes para PN, tratamento de parceiros sexuais e seguimento ambulatorial dos casos, são ações que podem contribuir para a redução da SC. Entretanto, diversos fatores contribuem para a persistência da sífilis congênita no nosso meio, como:

- Estigma e discriminação relacionados às infecções de transmissão sexual;



*Dados preliminares até 30/10/2014, sujeitos a revisão mensal

Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)

Figura 4. Taxa de mortalidade perinatal (TMPN) por sífilis congênita, por 1.000 nascimentos-ano e taxa de mortalidade infantil (TMI) por sífilis congênita, por 1.000 nascidos vivos-ano (NV-ano), segundo ano de ocorrência do evento fatal. Estado de São Paulo, 2007 a 2013*

Tabela 1. Sífilis em gestantes, casos notificados e taxa de detecção (TD), sífilis congênita, casos notificados e taxa de incidência (TI), por 1.000 nascidos vivos (NV-ano) segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1989 a 2014*

| Ano | Sífilis em gestantes** | | Sífilis congênita | |
|--------------|------------------------|-----|-------------------|------|
| | N | TD | N | TI |
| 1989 | ... | ... | 17 | 0,02 |
| 1990 | ... | ... | 32 | 0,05 |
| 1991 | ... | ... | 57 | 0,1 |
| 1992 | ... | ... | 47 | 0,1 |
| 1993 | ... | ... | 316 | 0,5 |
| 1994 | ... | ... | 359 | 0,5 |
| 1995 | ... | ... | 434 | 0,6 |
| 1996 | ... | ... | 494 | 0,7 |
| 1997 | ... | ... | 555 | 0,8 |
| 1998 | ... | ... | 727 | 1,0 |
| 1999 | ... | ... | 846 | 1,2 |
| 2000 | ... | ... | 970 | 1,4 |
| 2001 | ... | ... | 900 | 1,4 |
| 2002 | ... | ... | 913 | 1,4 |
| 2003 | ... | ... | 992 | 1,6 |
| 2004 | ... | ... | 911 | 1,5 |
| 2005 | ... | ... | 864 | 1,4 |
| 2006 | ... | ... | 818 | 1,4 |
| 2007 | 1.144 | 1,9 | 805 | 1,4 |
| 2008 | 1.470 | 2,4 | 842 | 1,4 |
| 2009 | 1.775 | 3,0 | 812 | 1,4 |
| 2010 | 2.173 | 3,6 | 1.183 | 2,0 |
| 2011 | 3.326 | 5,4 | 1.510 | 2,5 |
| 2012 | 4.015 | 6,5 | 1.941 | 3,1 |
| 2013 | 5.057 | 8,3 | 2.388 | 3,9 |
| 2014 | 2.779 | ... | 1.514 | ... |
| Total | 21.739 | | 21.247 | |

*Dados preliminares até 30/06/2014, sujeitos a revisão mensal

**Informações disponíveis a partir de 2007

Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)

- Barreiras de acesso aos serviços de PN - entrada tardia da gestante: em 2013, das 5.057 gestantes notificadas, 23% (1.173) entraram no PN no 3º trimestre;
- Dificuldades em acessar o parceiro sexual para diagnóstico e tratamento: em 2013, aproximadamente 52% (2.642) dos parceiros de gestantes com sífilis não foram tratados;
- Dificuldades dos serviços na busca de gestantes faltosas no PN;
- Dificuldades no diagnóstico, cumprimento do fluxograma para diagnóstico da sífilis e análise dos resultados das sorologias na gestante;
- Dificuldades na aplicação da penicilina G benzatina na atenção básica – o “medo” do choque anafilático, evento extremamente raro, contribui para que gestantes com sífilis sejam encaminhadas para aplicação da penicilina em outros serviços, aumentando a probabilidade de tratamento não efetivado. Realizado um estudo em 2014, para análise das Portarias MS/GM Nº 3.161, de 27/12/2011 (dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde) e MS/GM Nº 3.242, de 30/12/2011 (dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais): dos 645 municípios do Estado, 461 (71%) tinha pelo menos uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que preencheu o formulário corretamente (184 – 29% dos municípios não responderam). Entre os municípios que participaram do estudo, 27% (124) não aplicam penicilina em unidades de atenção básica (relatório no prelo);
- Presença de populações vulneráveis entre as gestantes com sífilis: adolescentes, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua, mulheres privadas de liberdade, imigrantes, parceiras de homens pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade, dentre outras.
- Qualidade da assistência PN: na análise do perfil das mães das crianças diagnosticadas com SC, observamos em 2013, que do total de crianças diagnosticadas (2.388), 71% (1.704) das mães realizaram PN e destas, 74% (1.256) tiveram o diagnóstico de sífilis. Estes dados nos mostram que, apesar de a maioria das mães de crianças com sífilis congênita terem tido acesso ao pré-natal e recebido o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, a cadeia de transmissão vertical da sífilis não foi interrompida. Em relação aos parceiros das mães, 71,5% (1.708) não foram tratados. Vários fatores podem ter contribuído para estas perdas de oportunidades como: entrada tardia no PN, impossibilitando o tratamento da gestante em tempo adequado; dificuldade na captação e tratamento do parceiro, podendo reinfectar a gestante no final da gestação, mesmo que esta tenha sido tratada; gestante em abandono do PN; gestante encaminhada para receber penicilina em outro serviço, que não a UBS do PN, dentre outros.
- Não realização de PN: em 2013, entre os casos de sífilis congênita, 24% (577) das mães não realizaram PN.

Vários indicadores têm sido pactuados para que a meta de eliminação da sífilis congênita seja atingida. Dois destes indicadores fazem parte do Sispacto (Pacto pela Saúde – Portaria GM/MS nº 399/2006) e/ou do PQAVS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – Portaria GM/MS nº 1708/2013), do governo federal, e cinco do Programa Estadual de DST/Aids, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Quadro1). No ESP, tomou-se a decisão de estabelecer como meta para 2014 e 2015 a manutenção do número de casos notificados de SC no ano anterior - Indicador 28 do Sispacto, apesar da proposta nacional ser de redução para o agravo. Esta iniciativa é decorrente do aumento em 1,9 vezes da Tisc, entre 2010 e 2013, e do contínuo incremento no número de casos de SC nos últimos anos, em torno de 27% ao ano. Esta manutenção se apresenta como um grande desafio para o Estado e municípios diante do crescimento anual de casos. Ainda, os indicadores têm mostrado entre 2012 e

2013, elevação de 26% de gestantes notificadas com sífilis e de 19% no número de municípios que notificou pelo menos um caso de sífilis adquirida.

Diversas ações estratégicas vêm sendo realizadas para eliminação da SC no ESP, pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo em parceria com outras Secretarias do governo estadual, com diversas áreas da Secretaria de Estado da Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), em especial destacamos:

- **Construção da Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais**, que foi instituída através da Resolução nº 16, de 23/02/2015, Nº 35 – DOE de 24/02/15, com incentivo estadual para as ações de DST/Aids e hepatites virais, para qualificar a atenção básica, fortalecer os serviços especializados e reorganizar a assistência hospitalar;

Quadro 1. Rol de indicadores para eliminação da sífilis congênita no estado de São Paulo.

| Indicadores | Origem |
|---|------------------|
| Reduzir casos de sífilis congênita (no ESP ⇨ manter n≥ de casos) | Sispacto |
| Realizar 02 testes de sífilis na gestação | Sispacto e PQAVS |
| Aumentar em 10% ao ano as notificações de sífilis na gestação | PE ⇨ DST/Aids-SP |
| Tratar 80% dos parceiros de gestantes com sífilis | PE ⇨ DST/Aids-SP |
| Tratar 100% dos casos de sífilis congênita | PE ⇨ DST/Aids-SP |
| Aumentar em 10% ao ano o n≥ de municípios notificantes de sífilis adquirida | PE ⇨ DST/Aids-SP |
| Aumentar para 95% o tratamento adequado de gestantes com sífilis | PE ⇨ DST/Aids-SP |

Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (VE-PE DST/Aids-SP)

- **Estratégias de Ações Integradas para Gestantes Usuárias de Crack e Outras Drogas**, composta por vários objetivos como: a) a ampliação ao acesso das gestantes usuárias de crack e outras drogas, e parceiras de usuários de drogas, ao diagnóstico e tratamento da sífilis e do HIV; b) intensificação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis, com acesso a métodos contraceptivos de longa duração, insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos) e orientação ao planejamento reprodutivo; c) produção de material educativo; d) fortalecimento da rede de apoio familiar nucleada e/ou ampliada, para cuidados com a gestante e o bebê, após o nascimento; e) investigação, durante o PN e na maternidade, do desejo da mulher que faz uso de crack e outras drogas, de ficar com a criança ou dá-la em adoção, garantindo a escolha sem coerção; f) projeto terapêutico singular, com plano de trabalho para casos complexos que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e as medidas de prevenção.
- **Capacitações para teste rápido diagnóstico para o HIV e para triagem da sífilis**, desde 2007, cerca de 9.000 profissionais foram treinados para execução destes testes, com implantação em 470 municípios, o teste rápido diagnóstico HIV e, em 424 municípios, o teste rápido de triagem para sífilis, na rede pública. Em 2014, foram realizadas 474 capacitações presenciais descentralizadas, através de profissionais multiplicadores, com a implantação destes testes nos serviços de saúde, principalmente de atenção básica, atingindo 4.686 profissionais.
- **Capacitações para o manejo da sífilis na gestante e sífilis congênita**, em 2014 foram realizadas seis oficinas regionais e uma na capital, com a participação de 737 técnicos entre médicos, enfermeiros e especialistas em vigilância epidemiológica;
- **Estudo de soroprevalência do HIV e sífilis nas mulheres privadas de liberdade**, realizado no período de agosto/2012 a dezembro/2013, em parceria com a Secretaria de Administração Penitenciária do Estado. Este estudo teve como metas o conhecimento destes dois agravos na população carcerária feminina no ESP e o estabelecimento, de maneira sustentável, de um sistema de referência e contrarreferência para o adequado atendimento à saúde destas mulheres. Neste estudo foi encontrada uma soroprevalência estimada de 7% para a sífilis e 2,84% para o HIV;
- **Pré-natal do homem**, estratégia de prevenção em parceria com vários municípios do Estado e com o Grupo de Ações Estratégicas da Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES/SP (GTAE/CPS), que coordena a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O PN do homem surgiu da dificuldade em tratar o parceiro da gestante com sífilis o que constitui um entrave para a eliminação da SC. No PN do homem é previsto exames para sífilis, HIV e hepatites virais;

retorno para resultados; tratamento e garantia ao pai de acompanhar a mulher nas consultas, grupos de gestantes ou de casais grávidos. Atualmente, o PN do homem está implantado em 52 municípios do Estado.

- **Monitoramento das Ações de DST/Aids na Atenção Básica**, realizado nas UBS, em 560 municípios dos 645 que compõem o Estado. É uma estratégia que visa implementar as ações de prevenção das DST/aids e de tratamento das DST, por abordagem sindrômica, nos serviços de atenção básica, que passaram a distribuir insumos de prevenção, oferta de testagem para HIV e sífilis, ações educativas para populações do entorno das unidades e assistência às DST.
- **Ampliação de Comitês/Grupos Técnicos de investigação de caso de transmissão vertical do HIV e da sífilis**, com a utilização dos protocolos específicos⁸, visando identificar determinantes da transmissão vertical

e subsidiar intervenções. No ESP, como estratégia, tem sido proposta a utilização dos Comitês de Vigilância da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para discussão de casos investigados e recomendações para correção de possíveis falhas na prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

O desafio da saúde pública para redução da incidência da SC é aumentar a cobertura e a qualidade da assistência PN, ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o tratamento durante a gestação, nos serviços de atenção básica.

“A sífilis congênita é um problema de todos nós”. Ampliar a integração dos Programas Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e de DST/Aids, qualificar o trabalho da atenção básica no manejo da sífilis no PN, melhorar a informação junto as vigilância epidemiológicas municipais e regionais é uma tarefa conjunta que envolve as Secretarias de Saúde do Estado e de todos os Municípios de São Paulo, para que as ações estratégicas sejam efetivadas e a SC, um agravo 100% prevenível, possa ser eliminada.

REFERÊNCIAS

1. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita [documento na internet]. 2010 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-196. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/guia_versao_digital/Guia_Integrado_versao_digital.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, 2014, p. 333-4.
3. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2014, p. 59-100.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis. 2015; 04(1):20-8.

5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para a redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde. 2014, p. 12.
 6. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Boletim Epidemiológico. 2014; Ano XXXI, nº 1.
 7. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza PR Jr, Leal Mdo C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascerno Brasil. Rev Saúde Pública 2014; 48(5):766-74.
 8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para construção de comitês de investigação de transmissão vertical [documento na internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 [acesso em 25/08/2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv_2_pdf_18693.pdf
-
-