

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANE APARECIDA OLIVEIRA PINHEIRO

**ASPECTOS CIENTÍFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, PREVENTIVOS,
DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO RELATIVOS À SÍFILIS E A
SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL : UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Lagoa Santa-Minas Gerais
2011

VIVIANE APARECIDA OLIVEIRA PINHEIRO

**ASPECTOS CIENTÍFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, PREVENTIVOS,
DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO RELATIVOS À SÍFILIS E A
SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL : UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Nescon da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

VIVIANE APARECIDA OLIVEIRA PINHEIRO

**ASPECTOS CIENTÍFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, PREVENTIVOS,
DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO RELATIVOS À SÍFILIS E A
SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL : UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Nescon da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Banca examinadora

Profa. Cristina Maria da Paz Oliveira Martins

Prof. (examinador)

Aprovado em Belo Horizonte:

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, sem a qual nada seria possível;

Ao meu companheiro Gledson Antônio Pinheiro Xavier desta e outras jornadas, pela paciência, dedicação, apoio e contribuições nesses e outros momentos de nossas vidas;

À minha mãe Teresinha e ao meu pai Paulo, pelo exemplo de luta e dedicação para com os filhos;

Aos meus irmãos, Ênio, Míriam e Elizângela pelo apoio e compreensão ao longo deste caminho;

Aos colegas, pelo convívio, amizade e, principalmente, pela motivação para o desenvolvimento desse trabalho e por trilharem esse caminho com uma troca de conhecimentos, incentivos e discussões enriquecedoras;

A todos, os meus agradecimentos sinceros!

RESUMO

A Sífilis e a Sífilis Congênita tem sido um sério problema de saúde pública no nosso país. O Ministério da Saúde estima que de 3 a 4% das gestantes no país sejam portadoras do agente causador da Sífilis, o que pode ter como consequência a contaminação do feto através da placenta. A necessidade constante de vigilância e melhora da qualidade da assistência pré-natal devem ser os norteadores da assistência que culminará com a redução da Incidência da Sífilis Congênita para 1 caso para cada 1.000 nascidos vivos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde..

Introdução: A sífilis segundo Ministério da Saúde é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica. A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema Pallidum*, transmitida pela via placentária em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada.

Objetivo: Discorrer sobre aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamentos relativos à Sífilis e da Sífilis Congênita.

O percurso metodológico: Este estudo caracterizou-se por ser uma revisão bibliográfica de natureza exploratória, descritiva e método qualitativo, constituído de levantamento bibliográfico exploratório, ensejando pesquisa científica. Foram utilizados artigos publicados nos sites da Biblioteca Virtual de Saúde, Base de dados: Lilacs, SciELO, Bireme etc, livros que tratam do tema, além de Manuais do Ministério da Saúde. Foram utilizadas publicações do ano 2000 até 2010.

Descritores: Sífilis, Sífilis Congênita, Prevenção e Controle, Vigilância Epidemiológica

Conclusão: Existe uma subnotificação da Sífilis em gestantes no país o que leva a crer que pela ausência do diagnóstico nas mães ou mesmo quando há diagnóstico, muitas delas não são adequadamente tratadas levando então ao grande número de nascimento de crianças com Sífilis Congênita.

ABSTRACT

Syphilis and congenital syphilis has been a serious public health problem in our country. The Ministry of Health estimates that 3-4% of pregnant women in the country are infected with the causative agent of syphilis, which can result in contamination of the fetus through the placenta. The necessity of constant vigilance and improvement of quality of prenatal cares hold be the guiding assistance which will lead to reduced incidence of congenital syphilis to 1 case per 1,000 live births, as recommended by the Ministry of Health.

Introduction: Syphilis second Ministry of Health is a systemic infectious disease, a chronic disease. Congenital syphilis is an infection of the fetus by *Treponema palladium*, transmitted through the placenta at any time during pregnancy or stage of the disease in pregnant women untreated or inadequately treated goal: Talking about the scientific, epidemiological, prevention, diagnosis and treatment relating to syphilis and congenital syphilis.

The methodological course: This study was characterized by a literature review is an exploratory, descriptive and qualitative method, consisting of exploratory literature, allowing for scientific research. We used articles published on the website of the Virtual Health Library, Database: Lilacs, SciELO, BIREME etc., books that deal with the subject, and manuals of the Ministry of Health publications were used in 2000 to 2010.

Keywords: Syphilis, Congenital Syphilis, Prevention and Control, Surveillance

Conclusion: There is an under-reporting of syphilis in pregnant women in the country which leads to believe that the lack of diagnosis in mothers or even when diagnosed, many are not adequately addressed thus leading to the large number of children born with congenital syphilis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO.....	9
3	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	10
4	ASPECTOS CIENTÍFICOS	12
5	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	17
5.1	Controle da sífilis congênita	18
5.2	Exames diagnósticos.....	20
5.3	Tratamento	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma das doenças cujo diagnóstico pode ser evidenciado durante o pré-natal se este for realizado de maneira adequada. O diagnóstico precoce da infecção materna ainda é a melhor forma de prevenção da Sífilis Congênita. Neste contexto, a Atenção Primária a saúde pode fazer toda a diferença. Daí a importância de se fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado for positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim é possível evitar a transmissão vertical da doença que pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil estima-se que a prevalência da Sífilis nas gestantes seja de 3 a 4%. “O Ministério da Saúde desde 1993 vem incentivando programas e atividades na tentativa de eliminar a Sífilis Congênita com condutas mais rígidas para controle da doença (SILVA, 2002 p.329)”. Para isso o Ministério da Saúde lançou, acompanhado dos demais órgãos mundiais de saúde, o projeto de eliminação da sífilis congênita e definiram como meta uma incidência menor ou igual a um caso a cada 1.000 nascidos vivos (RODRIGUES e GUIMARÃES, 2004). O Ministério da Saúde preconiza a realização de três exames VDRL, sendo dois durante o pré-natal e um no momento do parto. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2010, percebeu-se um aumento significativo dos casos de Sífilis em gestante na área do PSF. Houve um caso de Sífilis Congênita, cuja criança foi a óbito poucos dias após o nascimento. No caso em questão a mãe iniciou o pré-natal no PSF, mas antes mesmo da chegada dos resultados de exames, mudou-se para outra cidade, foi morar com a família, retornou ao município poucos dias antes do parto e a criança nasceu com Sífilis Congênita, não resistiu às sequelas e foi a óbito em poucos dias. A equipe ficou sensibilizada com a questão.

Àquela mesma época, a equipe da Vigilância Epidemiológica junto com a coordenação de Atenção Primária à Saúde e Coord. De Saúde da Mulher iniciaram um trabalho de sensibilização dos profissionais para detecção e tratamento de Sífilis em gestante e Sífilis Congênita no município.

Diante deste contexto consideramos importante elaborar um material didático que seja de fácil acesso e compreensão para deixar a disposição para consulta de toda equipe de enfermagem

Esperamos que este trabalho contribuísse para que os profissionais que atuam com Atenção Primária à Saúde, tenham melhor compreensão acerca da abordagem e efetivo tratamento da

Sífilis na população em geral e em gestantes, podendo assim atuar de forma mais efetiva para evitar Sífilis Congênita.

OBJETIVO

Discorrer sobre aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamentos relativos à Sífilis e da Sífilis Congênita.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este trabalho é uma pesquisa descritiva. Segundo Vergara (2000), a pesquisa descritiva expõe as causas de determinados problemas ou de determinados fenômenos, podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Trata-se de uma pesquisa descritiva. Segundo Vergara (2000), a pesquisa descritiva expõe as causas de determinados problemas ou de determinados fenômenos, podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Caracteriza como revisão narrativa da literatura. Segundo Cardoso et al 2007, uma revisão bibliográfica consiste em um conjunto de dados que permitem uma fonte indispensável de informações.

Trata-se ainda de pesquisa qualitativa, segundo Vergara (2000), trabalha com o universo de significados, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, este estudo caracterizou-se por ser uma revisão bibliográfica de natureza exploratória, descritiva e método qualitativo, constituído de levantamento bibliográfico exploratório, ensejando pesquisa científica.

O levantamento bibliográfico foi realizado através de pesquisas em livros, artigos científicos, publicados nos últimos 11 anos.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicos, tais como Lilacs, Bireme, BVS e Manuais do Ministério da Saúde. Além disso, foram utilizados livros que contribuíram para o melhor desenvolvimento do trabalho.

Nessa proposta monográfica apresentamos, ainda, ações de enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e gestão e como contribuição aos profissionais que atuam na área de saúde e de enfermagem.

A abordagem metodológica proposta nessa pesquisa implicou nas seguintes fases: (1) pesquisa bibliográfica que aumentará o conhecimento do assunto a ser analisado; (2) levantamento das informações e coleta de dados, através de pesquisas em obras publicadas por autores renomados.

Os descritores utilizados para pesquisa foram: Sífilis, Prevenção e Controle e Vigilância Epidemiológica.

Para atender ao objetivo proposto foram utilizados 3 artigos, 7 manuais, 2 notas técnicas e 4 livros.

A caracterização da pesquisa bibliográfica está apresentada no Quadro abaixo:

Ano	Tipo	Periódico/ Editora	Local	Título	1º autor
2000	Manual Técnico	Ministério da Saúde 3ª edição	Brasília	Assistência Pré Natal	Ministério da Saúde
2000	Livro	Atlas	São Paulo	Projetos de Pesquisa em Administração	SC Vergara
2001	Livro	Artmed	Porto Alegre	Rotinas em Obstetrícia	Fernando Freitas
2002	Manual de Exames	Laboratório Hermes Pardini	Belo Horizonte	Manual de Exames	Instituto de patologia clínica Hermes Pardini
2002	Livro	Guanabara Koogan	Rio de Janeiro	Manual de Neonatologia	Adeildo Simões da Silva
2004	Artigo	Revista Pan-americana de Saúde Pública	Washington	Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil	Celeste S. Rodrigues
2004	Livro	Artmed	Porto Alegre	Condutas de Atenção Primária baseada em evidências	Bruce B. Duncan
2005	Manual	Ministério da Saúde	Brasília	Diretrizes para o controle da Sífilis congênita	Secretaria de Vigilância em Saúde
2005	Nota Técnica	Ministério da Saúde	Brasília	Definição de caso de sífilis congênita	
2005	Artigo	Revista Brasileira de Enfermagem	Rio de Janeiro	Definição de casos de Sífilis Congênita para fins de Vigilância Epidemiológica no Brasil	Leidijany Costa Paz
2005	Manual	Laboratório de Patologia Clínica	Cascavel	Manual de Exames	Álvaro Largura
2006	Artigo	Anais Brasileiro de Dermatologia	Rio de Janeiro	Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle	João Carlos Regazzi Avelleira
2006	Manual de bolso	Ministério da Saúde	Brasília	Diretrizes para o controle da Sífilis e da Sífilis congênita	Secretaria de Vigilância em Saúde
2006	Diretrizes Operacionais	Ministério da Saúde	Brasília	Série Pactos pela Vida em Defesa do SUS e da Gestão	Ministério da Saúde
2010	Manual Técnico	Ministério da Saúde	Brasília	Projeto de eliminação da sífilis congênita	Coordenação Nacional de DST e AIDS
2010	Guia de Bolso	Ministério da Saúde	Brasília	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Gerson Oliveira Pena

ASPECTOS CIENTÍFICOS

Conhecida há mais de 500 anos, a sífilis é uma doença que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*. É, na maioria das vezes, uma doença de transmissão sexual, embora possa ser transmitida por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária para o feto ou pelo canal do parto, o que configura a sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo MS (2010), a sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica. A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida pela via placentária em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada.

No Brasil, a Sífilis Congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória em 22 de dezembro de 1986, por meio da portaria nº 542 do Ministério da Saúde, acompanhado da AIDS (PAZ, 2005 p.486) e a partir de 1993, as notificações passaram a ser digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Desde então a definição de casos de Sífilis Congênita passou por diferentes alterações, sendo que hoje a investigação será desencadeada nas seguintes situações:

1. Todas as crianças nascidas de mãe com Sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério;
2. Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com suspeita clínica e/ou epidemiológica de Sífilis Congênita (PAZ, 2005 p.486)

Segundo Paz (2005) é necessário que se criem estratégias bem definidas para a identificação de eventos relacionados aos processos de saúde-doença e que sejam realizadas ações de saúde pública associada ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação dos programas.

A definição de caso em epidemiologia constitui-se em uma dessas estratégias, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um problema ou doença de forma a controlar as condições de saúde e descrição da ocorrência desse evento. Para Paz (2005), existem quatro critérios específicos que compõem a definição destes casos:

O primeiro critério afirma que todo recém-nascido ou toda perda gestacional, ou natimorto, ou gestante com evidência clínica para Sífilis e/ou com sorologia não treponêmica positiva para Sífilis com qualquer valor de carga viral, na ausência de teste confirmado treponêmico,

realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratado ou tenha recebido tratamento inadequado, incompleto, ou ainda o uso de qualquer medicamento que não a penicilina. Ou ainda o tratamento que não for condizente com a fase clínica da doença, ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto, ou elevação dos títulos após o tratamento. Parceiros não tratados incluem-se como tratamento inadequado para a gestante e ainda aqueles que não foram tratados segundo as diretrizes de tratamento vigentes, ou quando não se tem ideia de quem seja o pai ou ausência de documentação do tratamento ou da queda dos títulos após o tratamento.

O segundo critério afirma que toda pessoa com menos de 13 anos de idade com titulações crescentes de testes não treponêmico, testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade, testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, títulos em teste não treponêmicos maiores do que os da mãe são características definidoras de casos de Sífilis Congênita (PAZ, 2005).

O terceiro Critério afirma que toda pessoa menor de 13 anos de idade que obtiver teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de Sífilis Congênita (PAZ, 2005).

O quarto Critério diz que toda situação de comprovação de infecção pelo *Treponema Pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto (PAZ, 2005).

Silva, (2002), afirmam que as manifestações de sífilis congênita incluem alterações radiográficas, dentes de Hutchinson (incisivos centrais superiores espaçados e com um entalhe central); “molares em amora” (ao sexto ano os molares ainda têm suas raízes mal formadas); bossa frontal; nariz em sela; maxilares subdesenvolvidos; hepatomegalia (aumento do fígado); esplenomegalia (aumento do baço); petéquias; outras erupções cutâneas; anemia; linfonomegalia; icterícia; pseudoparalisia; e snuffles, nome dado à rinite que aparece nesta situação. Os "Rhagades" são feridas lineares nos cantos da boca e nariz que resultam de infecção bacteriana de lesões cutâneas. A morte por sífilis congênita normalmente é por hemorragia pulmonar.

Afirma ainda que a causa da Sífilis foi descoberta, em 1905, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann, quando observaram os organismos espiroquetas nas lesões infecciosas

precoces. O agente causador da sífilis, o *T. Pallidum* está intimamente relacionado com as espiroquetas patogênicas, incluindo aqueles que causam boubas (*Treponema Pallidum* subespécie *pertenue*).

A sífilis adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual e aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis adquirirá a doença. O *Treponema Pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, estando, entretanto, na 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 atingido. Inversamente, infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção ao conceito, produzindo lesões mais tardias na criança. Sabe-se que a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é superior a 70% quando estas se encontram nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo-se para 10% a 30% nas fases latentes ou terciárias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Freitas (2001) a gravidez não confere imunidade contra nenhum tipo de doença sexualmente transmissível, estas são doenças infectocontagiosas muito preocupantes em função de que existe um grande risco de que sejam transmitidas via transplacentária ou no momento do parto para o feto.

Para AVELLEIRA (2006), a Sífilis Congênita é evidenciada quando há transmissão da mãe para o feto através da placenta por uma espiroqueta, o *Treponema Pallidum*, o que ocorre a partir do quarto mês de gestação em razão de que é quando a membrana da placenta deixa de ser impermeável ao treponema.

Conforme Paz (2005) é necessário que se criem estratégias bem definidas para a identificação de eventos relacionados aos processos de saúde/doença e que sejam realizadas ações de saúde públicas associadas ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação dos programas. A definição de caso em epidemiologia constitui-se em uma dessas estratégias, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um problema ou doença de forma a controlar as condições de saúde e descrição da ocorrência desse evento.

Nas gestantes é mais dramático pela possível e inaceitável ocorrência da sífilis congênita nos dias de hoje, onde o rastreamento sorológico obrigatório no acompanhamento pré-natal e o tratamento e a prevenção adequados são perfeitamente capazes de evitar a infecção do concepto e a reinfecção materna. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença. (Paz 2005)

Segundo Pena (2010), para caracterizarem-se como Sífilis Congênita precoce às manifestações clínicas devem ocorrer logo após o nascimento ou até os dois primeiros anos de vida. Algumas das características clínicas, segundo ele, podem se manifestar de variadas formas. As mais graves são a sepse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. “Em muitos casos aparecem lesões cutâneo/mucosas, lesões palma plantares, fissuras radiadas periorificiais e condiloma planos ano genitais, lesões ósseas evidenciadas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudoparalisia de Parrot, pancreatite e nefrite (PENA, 2010 p.175 a 176)”.

Duncan (2004), fala que na Sífilis Congênita precoce pode-se verificar a presença de pênfigos palmoplantares, descamação da epiderme, estomatite, coriza hemorrágica, entre outras. Já na Sífilis tardia, afirma que podem ocorrer alterações dentárias, osteoarticulares, oculares, nariz em sela, surdez, perfuração do palato entre outras. Afirma ainda que o *Treponema Pallidum* tenha a habilidade de ultrapassar a placenta em qualquer período da gravidez, sendo que o embrião a partir do primeiro trimestre tem capacidade de provocar uma reação inflamatória. O risco de morte fetal, segundo ele, quando a Sífilis não é tratada é de mais ou menos de 25%. (Ibidem).

Outras condições clínicas, que caracterizam a sífilis congênita recente, também podem ocorrer, tais como: hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropisia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma, pênfigo palmo plantar, icterícia e anemia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis congênita pode ser fatal. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A sífilis congênita tardia, cujos sinais e sintomas principais são observados a partir do 2º ano de vida pode apresentar alterações como: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em

cela, dentes deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O objetivo do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. Evitar a transmissão da doença consiste na detecção e no tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros. Na detecção de casos, a introdução do teste rápido em parceiros de pacientes ou de gestantes poderá ser muito importante.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

No Brasil estima-se que a prevalência da Sífilis nas gestantes seja de 3 a 4%. “O Ministério da Saúde desde 1993 vem incentivando programas e atividades na tentativa de eliminar a Sífilis Congênita com condutas mais rígidas para controle da doença (SILVA, 2002 p.329)”. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, 40% dos nascimentos de mães sifilíticas são natimortos, 40 a 70% dos sobreviventes estão infectados e 12% destes morrerão nos primeiros anos de vida.

Conforme estudo “Sentinela Parturiente Corte Nacional”, realizado em 2004, pelo Ministério da Saúde, espera-se que a prevalência de sífilis em parturientes seja de 1,6%, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A partir desta informação e considerando-se 3.059.402 parturientes ao ano no país, estima-se 8.950 casos de gestantes esperadas com sífilis a cada ano. No entanto, em 2008, apenas 6.955 casos foram notificados, o que representa 14,2% dos casos esperados de sífilis em gestantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Para isso o Ministério da Saúde lançou, juntamente com os demais órgãos mundiais de saúde, o projeto de eliminação da sífilis congênita e definiram como meta uma incidência menor ou igual a um caso a cada 1.000 nascidos vivos (RODRIGUES e GUIMARÃES, 2004).

Segundo Freitas (2001) o risco de infecção do feto se não for realizado tratamento adequado durante a gestação, pode em torno de mais ou menos 25% dos casos resultarem em morte intra-útero e podendo chegar a 25% no período pós-nascimento.

Conforme PENA (2010), os fatores de risco para adquirir Sífilis Congênita estão relacionados diretamente com o baixo nível socioeconômico, à baixa escolaridade, à promiscuidade sexual, à presença de outras patologias transmitidas por via sexual, o uso de drogas, à falta de assistência à saúde e principalmente a não realização da assistência pré-natal entre outros.

Segundo Avelleira e Bottino (2006) na maioria dos pacientes infectados pelo vírus HIV os resultados das sorologias para Sífilis apresentam-se dentro dos padrões encontrados de mesma maneira em pacientes não infectados. Contudo resultados contraditórios podem ocorrer. Sendo que a Sífilis nos pacientes infectados pelo HIV encontra-se presente em 27,5% nos homens e 12,4% nas mulheres em estudos realizados nos EUA.

- A notificação da sífilis congênita, obrigatória desde 1986, deve seguir um dos critérios abaixo, segundo o Ministério da Saúde, 2010:
- Feto e criança nascida morta de mãe com sífilis;
- Criança com menos de 13 anos com as evidências: teste positivo, teste positivo após 1,5 anos de idade ou teste com índices maiores que os da mãe;
- Criança com menos de 13 anos com teste positivo e evidência da doença;

Importante ressaltar que um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida e entre as prioridades básicas enumeradas está a redução da mortalidade materna e infantil. Um dos componentes para a execução dessa prioridade é a redução das taxas de Transmissão Vertical (TV) do HIV e da sífilis. (PACTO PELA VIDA, 2006)

5.1 Controle da sífilis congênita

Segundo o Ministério da Saúde, (2006), a medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada:

Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;

- Realização de no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- Realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, ideal na primeira consulta, e do segundo teste em torno das vinte e oito semanas;
- Instituição do tratamento e segmento adequado da gestante e seu parceiro, abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- Documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante;
- Notificação dos casos de sífilis congênita.

A primeira consulta pré-natal, conforme Duncan (2004) deve ocorrer o mais cedo possível, sendo que o número de consultas varia de seis a quatorze. É nesse momento que se deve determinar a data da última menstruação e deixar preestabelecido o diagnóstico de gravidez que é confirmado com auxílio do Planoteste (exame de urina), ou pelo chamado BHCG (exame de sangue que detecta o hormônio Gonadotrofina Coriônica que está presente em caso de gravidez, ou pela presença dos batimentos cardíacos fetais (BCFs) durante a ausculta, ou utilização de ultrassonografias (Ibidem).

Durante a primeira consulta pré-natal é realizado o primeiro exame físico geral onde são verificados inicialmente o peso e altura da gestante o que contribuirá para determinar o índice de massa corporal e o ganho de peso durante a gestação. Também é verificada a pressão arterial em todas as consultas a fim de verificar antecipadamente as possíveis alterações hipertensivas da gestação para que se controle uma possível hipertensão desenvolvida durante a gravidez. Os níveis da pressão sistólica maior ou igual a 140 mm/Hg ou de pressão diastólica maior ou igual a 90 mm/Hg são comprovantes de hipertensão na gravidez (DUNCAN, 2004). Além disso devem ser solicitados os primeiros exames laboratoriais, conforme protocolo, dentre esses o VDRL para detecção da Sífilis.

O recém-nascido, segundo Freitas (2001) está mais predisposto a infecções devido à vulnerabilidade e prematuridade de seu sistema imunológico e esta vulnerabilidade é também sofrida com as infecções adquiridas durante a vida intra-útero.

A atenção à mulher na gravidez deve incluir ações de prevenção e promoção a saúde, além do diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005).

A Sífilis Congênita é uma destas doenças cujo diagnóstico pode ser evidenciado durante o pré-natal se este for realizado de maneira adequada. O diagnóstico precoce da infecção materna ainda é a melhor forma de prevenção da Sífilis Congênita, Cabe à Atenção Primária a Saúde, a tarefa de realizar adequadamente e iniciar precocemente o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal.

É fundamental que se realize o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado for positivo, tratar corretamente a mulher e seu (s) parceiro (s). Só assim se consegue evitar a transmissão vertical da doença que pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de três exames VDRL, sendo dois durante o pré-natal e um no momento do parto. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Quanto à Sífilis Congênita, na maioria dos casos, os sinais e sintomas da Sífilis estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode apresentar como principais sinais: baixo peso, rinite com coriza serosanguínea, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante são medidas de prevenção simples e eficazes. Assim sendo, a ocorrência de casos de sífilis congênita pode resultar de uma baixa

eficiência e eficácia da atenção à gestante, especialmente durante a realização do pré-natal. Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita, ou seja, reduzir o agravo para até 1 caso por mil nascidos vivos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

5.2 Exames diagnósticos

Conforme Pardini (2002), na Sífilis Primária os testes de VDRL e FTA-ABS se positivam depois do cancro duro com sensibilidade de 85%, na Sífilis secundária a sensibilidade da sorologia é de 99% e na terciária é de 70% e FTA-ABS de 98%. O VDRL é um teste não treponêmico que utiliza a cardiolipina que normalmente está baixa e encontra-se elevada na presença da Sífilis. O VDRL é uma reação de floculação muito sensível, tornando-se positivo em duas semanas após o aparecimento do cancro. Falsos positivos podem ocorrer na Sífilis tardia e nos idosos, portadores de doenças autoimunes, hepatites, viciados em drogas, vacinações e gravidez entre outros.

A sorologia para sífilis deve ser feita no primeiro trimestre de gestação, quando a gestante estiver com vinte oito semanas e no momento do parto. Se a sorologia for positiva deve-se realizar o teste para HIV e é recomendada a verificação exames para detecção de hepatites. A confirmação sorológica da Sífilis deve ser feita através de um exame não treponêmico (VDRL) e confirmada por um exame treponêmico (FTAABS), pois a utilização dos dois métodos auxilia na precisão do diagnóstico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007).

A sorologia no liquor (Líquido Cefalorraquidiano) deve ser realizada para verificação de neurosífilis, em todo recém-nascido de mãe com sífilis. O aumento das células acima de 25 ou das proteínas acima de 150 no resultado do exame pode ser dado sugestivo de neurosífilis (SILVA, 2002).

Nas sorologias para Sífilis são obtidos títulos elevados ($>1/32$) nas fases primárias ou secundárias da doença, com tendência a se normalizar após o tratamento. Títulos baixos são considerados aqueles que apresentarem valores de 1/1 até 1/4 podendo permanecer após o tratamento, caracterizando uma cicatriz sorológica. No liquor, um VDRL reagente quase sempre indica uma infecção sifilítica passada ou presente no sistema nervoso central. Resultados falso-positivos com títulos variando de 1/1 até 1/8 podem ser observados em outras patologias como nas doenças autoimunes (ÁLVARO, 2005).

O uso do FTA-ABS (teste treponêmico que utiliza a imunofluorescência para captar o *Treponema Pallidum*, agente etiológico da Sífilis), Anticorpos IgG tem o objetivo de

confirmação de resultados reagentes em testes não-treponêmicos no diagnóstico da Sífilis tardia (mesmo com testes não-treponêmicos não reagentes) (ÁLVARO, 2005).

5.3 Tratamento

Se sorologia materna positivar devem ser seguido o seguinte esquema:

Sífilis Primária: tratar com dose única de penicilina benzatina 2.400.000 UL; Recente (até um ano de exposição) tratar com penicilina benzatina a 2.400.00 UL e repetir em uma semana, dose total de 4.800.000; e na Sífilis tardia (um ano ou mais de exposição) tratar com penicilina benzatina a 2.400.00 UL em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UL. Tratar o parceiro sempre, e em caso de VDRL negativo repetir exame no 3º trimestres da gravidez e em caso de aborto (BRASIL, Ministério da Saúde 2000).

Segundo Silva (2002) o tratamento indicado para os Recém-nascidos deve ser feito com penicilina G cristalina, penicilina G procaína ou ainda a penicilina G benzatina conforme prescrição médica. A penicilina G cristalina deve ser administrada a 100.000U/kg/dia na primeira semana (12/12 horas) e na segunda semana, 150.000U/kg/dia em 3 doses (8/8 horas) por via EV de preferência. A penicilina G procaína conforme Silva (2002) deve ser administrada em dose única diária a 50.000Us/kg/dia por via IM. E a Penicilina G Benzatina deve ser administrada a 50.000U/kg em dose única. Após o tratamento a avaliação destes recém-nascidos deve ser mensal nos primeiros seis meses de vida e a cada dois meses no segundo trimestre (SILVA 2002).

Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), cerca de 14% das gestantes podem apresentar falência no tratamento, com conseqüente risco de interrupção da gravidez ou nascimento da criança com sífilis congênita. Fatores importantes implicados na falência terapêutica são: coinfeção sífilis; HIV; os estágios precoces da sífilis; altos títulos de VDRL no momento do tratamento e parto; parto prematuro (menos 36 semanas); severidade da doença fetal: hidropisia, hepatomegalia, placentomegalia, Ascite e elevação de transaminases fetais; tratamento após 24 semanas; esquema terapêutico reduzido: 1 dose de penicilina benzatina em sífilis precoce.

Diferentes estudos têm demonstrado falhas no tratamento da sífilis materna secundária e latente precoce relacionada ao esquema de tratamento recomendado (dose única de 2.400.000 UI de penicilina benzatina), justificando a recomendação do uso de uma segunda dose de

penicilina benzatina, apesar de não ter sido comprovada, até o momento, a superioridade deste esquema. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006).

Quando a sífilis é detectada, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível. Os parceiros também precisam fazer o teste e ser tratados, para evitar uma nova infecção da mulher. No caso das gestantes, é muito importante que o tratamento seja feito com a penicilina, pois é o único medicamento capaz de tratar a mãe e o bebê. Com qualquer outro remédio, o bebê não será tratado. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível perceber que são muitos os desafios para que se chegue ao ideal de controle da sífilis e da sífilis congênita no Brasil. Apesar de todo o esforço do ministério da saúde para que se faça o pré-natal de forma adequada para que essas e outras doenças sejam adequadamente diagnosticadas e tratadas, o que se percebe é que ainda existem muitas falhas de diagnóstico e tratamento, levando o país a ter um número considerável de mortes infantis e abortamentos devido à infecção da mãe e do feto pela sífilis.

A atualização qualificada e continuada das equipes de saúde sobre o assunto, além das constantes ações de vigilância em saúde, integra o conjunto de medidas para prevenção e controle da Sífilis e Sífilis Congênita no país. Faz-se necessário uma constante sensibilização dos profissionais atuantes principalmente na Atenção Primária à Saúde, para que esteja atento nas solicitações de exames para detecção e tratamento da Sífilis e da Sífilis Congênita, tornado possível o controle dessas doenças no Brasil.

REFERÊNCIAS

ÀLVARO, Largura. Manual de Exames. S.EDd Ê. Cascavel, 2005. 385p.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, mar./abr. 2006, V. 81 n. 2, p. 111-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962006000200002&lng=tnrm=iso>. Acesso em: 10 de julho 2011.

BRASIL, Assistência pré-natal. Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 65p

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa

Nacional de DST e Aids. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais, Pacto pela Vida em Defesa do SUS e da Gestão; 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica. Definição de caso de sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Manual de bolso. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis 1. Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primárias Baseadas em Evidências. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p.

FREITAS, Fernando. ET al. Rotinas em obstetrícia. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 624p.

PARDINI, Hermes. Instituto de patologia Clínica. Manual de Exames. S.ED. Belo Horizonte. 2002. 404p.

PAZ, Leidijany Costa ET al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 58(4), p.486- 487 jul. /ago. 2005.

PENA, Gerson Oliveira et al. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: Aspectos Clínicos, de Vigilância Epidemiológica e de controle. Guia de Bolso. Fundação Nacional da Saúde: 2010. 371p.

RODRIGUES, Celeste S; GUIMARÃES, Mark D. C. Grupo Nacional de Estudo Sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Pan-americana de Saúde Pública. Washington, v.16 n.3, p 168- 175. Set 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1020-49892004000900003&lng=pt&nrm=iso>.

SILVA, Adeildo Simões dá, Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 587p.

VERGARA, SC. Projetos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2000.