



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Secretaria de Estado da Saúde
Sífilis congênita e sífilis na gestação
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 4, agosto, 2008, pp. 768-772
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240169026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Serviço de Vigilância
Epidemiológica

Coordenação do Programa
Estadual DST/Aids-SP

Coordenadoria de Controle de
Doenças – CCD

Secretaria de Estado da Saúde
– SES-SP

Correspondência | Correspondence:
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 351 1º andar sala 135
01246-901 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Texto de difusão técnico-científica da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Sífilis congênita e sífilis na gestação

Congenital syphilis and syphilis during pregnancy

Embora a sífilis congênita 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, no período de 1998 a junho de 2007, 41.249 casos em menores de um ano de idade. Isso mostra a elevada magnitude do problema apesar da grande subnotificação desse agravo. A região Sudeste registrou 49,7% dos casos (20.496 casos), a Nordeste, 28,9% (11.905 casos), a Norte, 7,5% (3.102 casos), a Centro-Oeste 7,3% (3.000 casos) e a Sul, 6,7% (2.746 casos). No ano de 2005 foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A incidência passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por mil nascidos vivos em 2005, variando de acordo com a região de residência: 0,8 para a Região Sul (304 casos); 1,6 para a Região Norte (519 casos); 1,6 para o Centro-Oeste (378 casos); 2,2 para o Sudeste (2.559 casos); e, 2,2 para o Nordeste (2.033 casos). Os óbitos por sífilis congênita totalizaram 1.118, no período de 1996 a 2006.

Entre os casos notificados em 2005, 78% das mães realizaram pré-natal. Destas, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 13,3% tiveram os seus parceiros tratados. Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal 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.

De acordo com os resultados do estudo de prevalência de sífilis em parturientes realizado com dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) em 2004, e admitindo taxa de transmissão vertical de 25% para o ano de 2005, o número de casos estimados

de sífilis congênita seria 12.140 nascidos vivos com sífilis, o que evidencia subnotificação importante da doença no País.

No estado de São Paulo foram notificados 8.521 casos de sífilis congênita no período de 1998 a 2007 (dados até 30/6/2007). Os maiores coeficientes de incidência em 2006 foram registrados nos municípios de Santos e Diadema (3,8 casos por mil nascidos vivos), seguido por Cubatão e Hortolândia (3,5/1.000), Guarulhos (3,4/1.000) e Carapicuíba e Santo André (2,3/1.000); no município de São Paulo essa incidência foi de 2,0 por mil nascidos vivos.

SÍFILIS CONGÊNITA

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 é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, com probabilidades de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia. É possível transmissão direta no canal do parto. Ocorrendo a transmissão da sífilis congênita, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal.

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após segundo ano de vida). A maior parte dos casos de sífilis

congenita precoce é assintomática (cerca de 70%), 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 sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos.

O tratamento para sífilis congênita é realizado com penicilina conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde:

1. No Período Neonatal:

A - Recém-nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente do resultado do teste *Venereal Diseases Research Laboratories* (VDRL) do recém-nascido:

– (A1) se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas: penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg/dose, EV, de 12/12 h (nos primeiros sete dias de vida) e de 8/8 h (após sete dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dia, intramuscular, durante 10 dias;

- (A2) se houver alteração liquórica (neurosífilis): penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg/dose, EV, de 12/12 hs (nos primeiros sete dias de vida) e de 8/8 h (após sete dias de vida), durante 10 dias;

– (A3) se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido e garantia de acompanhamento da criança: penicilina G benzatina por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/kg. Na impossibilidade em garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B – RN de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do líquido cefalorraquidiano:

- B 1 - se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

- B 2 - se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

C – Recém-nascido de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido:

- C 1 - se for assintomático e o VDRL não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder ao tratamento com penicilina G benzatina, intramuscular, na dose única de 50.000 UI/kg.

- C 2 - se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1 (sem alterações liquóricas) ou A2 (se houver alterações liquóricas).

2. No Período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida)

Crianças com quadro clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas com exame de líquido, obedecendo-se à rotina referida anteriormente. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de a cada 4 h, e para a penicilina G procaína, a cada 12 h, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados.

Após o tratamento deverá ser realizado o seguimento de controle e cura dos casos:

- Seguimento ambulatorial mensal até o sexto mês de vida e bimensal do sexto ao 12º mês;
- Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo a realização do teste quando este apresentar dois resultados repetidamente negativos;
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto anteriormente;
- Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, investigar novamente o paciente e proceder ao tratamento;
- Realizar teste treponêmico (hemoaglutinação indireta - TPHA ou sorológico -FTA-Abs ou ELISA) para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos;
- Nos casos em que o líquido cefalorraquidiano mostrou-se alterado, deve ser realizada uma reavaliação liquórica a cada seis meses até a normalização do mesmo; alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação

clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

Sendo uma doença de notificação compulsória, todos os casos detectados devem ser reportados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). É dever de todo cidadão e obrigatório a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde informar qualquer agravo de notificação compulsória (Lei nº 6.259).

Atualmente, para fins de vigilância epidemiológica, é utilizada a definição de caso de sífilis congênita elaborada em 2004 e assim deverá ser notificado:

- toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após 6 meses (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses; e/ou títulos em testes não treponêmicos maiores do que os da mãe. Somente em caso exclusivamente de evidência sorológica, deverá ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.
- todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.
- toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, por meio da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e da Coordenação Estadual de DST/Aids, lançou em 2006 o “Plano para Eliminação da Sífilis Congênita”, devido: à magnitude da sífilis congênita; à taxa de soroprevalência de *Treponema pallidum* (1,6% entre as parturientes atendidas em serviços públicos indicada no projeto sentinela de 2004); ao alto percentual de aborto espontâneo ou óbito fetal; e por ser uma doença perfeitamente prevenível, com agente etiológico definido, modo de transmissão conhecido e terapêutica efetiva, além de ser de notificação compulsória.

Esse plano contou com a participação de várias entidades (conselhos de secretarias municipais de saúde, sociedade civil), de diversos programas e setores da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Possui

como meta “reduzir a incidência da sífilis congênita no estado de São Paulo, a níveis inferiores a um caso para cada mil nascidos vivos, até 2012”.

Para que a sífilis congênita possa ser eliminada como um problema de saúde pública, a sífilis na gestação foi incluída na relação nacional de doenças de notificação compulsória em 2005, (Portaria nº 33 de 14/07/2005 - Ministério da Saúde).

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A inclusão da sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado.

A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como objetivo controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle.

É considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.

Em conformidade com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto). Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser colhido sangue periférico do recém-nascido para realização de teste não treponêmico e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de líquido, raio-X de ossos longos e hemograma.

A droga de escolha para o tratamento da gestante considerada infectada é a penicilina, que atravessa a barreira transplacentária.

O tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida em conformidade com a fase da doença:

- sífilis primária (com cancro duro): penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- sífilis secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.000 UI via

intramuscular dose total, aplicar duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);

- sífilis terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose - 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação).

Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual, para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) evitem relações sexuais ou mantenham práticas para o sexo seguro, com o uso de preservativo, durante o tratamento. Recomendar o uso regular do preservativo (masculino ou feminino) também no período pós-tratamento.

Deve-se iniciar o tratamento imediato dos casos diagnosticados, tanto das gestantes quanto de seus parceiros. Os tratamentos interrompidos devem ser reiniciados.

Pacientes com sífilis latente tardia são assintomáticos, apresentando apenas sorologia positiva nos testes treponêmicos e não treponêmicos (os títulos do VDRL podem ser baixos nessa fase da doença).

O controle de cura deverá ser mensal e realizado por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao

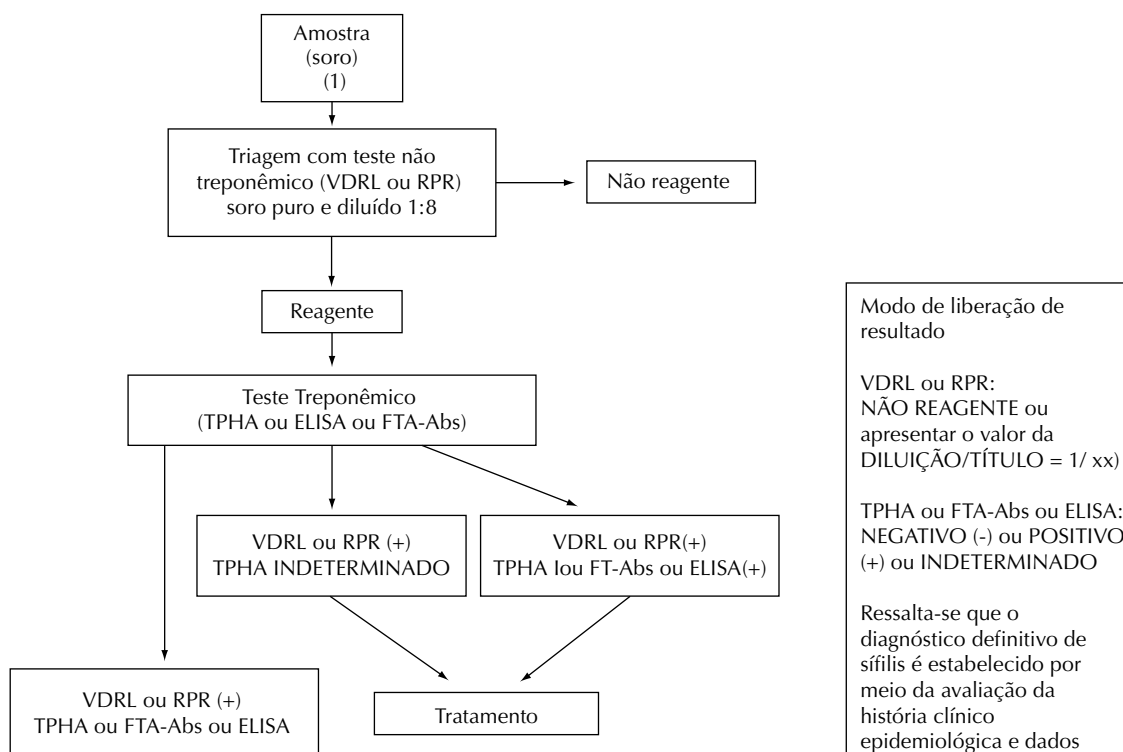
tratamento o declínio dos títulos. O tratamento da gestante será considerado adequado quando for completo conforme o estágio da doença, feito com penicilina, finalizado em até 30 dias antes do parto e o parceiro tratado concomitantemente.

Gestante ou nutriz comprovadamente alérgica à penicilina, após teste de sensibilidade à droga, deve ser dessensibilizada e posteriormente tratada com penicilina. Na impossibilidade, essa gestante deverá ser tratada com eritromicina (estearato) mas não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

Importante anotar ou anexar na carteira da gestante o número do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal), o resultado e datas das sorologias, bem como, a droga, a dose e a data ("3 Ds") do tratamento realizado na gestante e no seu parceiro. A gestante deve ser orientada para que tenha a carteira em seu poder no momento do parto.

O desafio para a saúde pública é aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o conseqüente tratamento durante o pré-natal e no momento do parto.

Algoritmo para abordagem clínica e laboratorial da sífilis



NOTAS TÉCNICAS

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids elaborou três Notas Técnicas:

1. Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis - “Nota Técnica CCD - 001/2007 – Nº 185 – DOE de 29/09/07”, recomenda-se:

Que seja solicitada e incentivada a participação do parceiro sexual no atendimento pré-natal de todas as gestantes, abordando as Doenças Sexualmente Transmissíveis e o HIV/Aids, com:

- Aconselhamento para a prevenção;
- Informação para o uso correto de preservativos; e
- Tratamento adequado para a sífilis, no caso da gestante portadora do *Treponema pallidum*. Este tratamento para o parceiro sexual deve ser realizado mesmo na impossibilidade do seu diagnóstico laboratorial e independentemente da presença de sinais e/ou sintomas.

2. Padronização da Abordagem Clínica e Laboratorial da Sífilis Adquirida e da Sífilis Congênita - “Nota Técnica CCD - 004/2007 – Nº 238 – DOE de 19/12/07”, recomenda-se:

Para o aprimoramento do diagnóstico e do conseqüente tratamento da sífilis, a introdução de teste treponêmico no estado de São Paulo, segue-se o seguinte algoritmo:

3. “O uso da penicilina benzatina na rede de Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo, com ênfase na Atenção Básica à Saúde” (Nota Técnica aguardando publicação):

- É mandatória a administração da penicilina benzatina na rede de atenção básica à saúde e demais serviços de assistência à saúde em todas as gestantes com sífilis, uma vez que é a única opção terapêutica para a prevenção da sífilis congênita;
- Em havendo a solicitação de testes de sensibilidade à penicilina, estes podem e devem ser realizados na rede de atenção básica à saúde, atendendo as recomendações das Portarias Nº 156/GM de 19 de Janeiro de 2006 e CVS (Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo) n.05, de 08 de Maio de 2000.

As fichas de notificação compulsória da sífilis congênita e sífilis na gestação encontram-se disponíveis nos sites do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (www.crt.saude.sp.gov.br) e no Centro de Vigilância Epidemiológica (www.cve.saude.sp.gov.br).