

A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil

Syphilis in pregnancy and their influence on fetal and maternal morbidity

Daniela Mendes dos Santos Magalhães^{1,2}
Inês Aparecida Laudaes Kawaguchi^{1,2}
Adriano Dias¹
Iracema de Mattos Paranhos Calderon¹

RESUMO

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. Este artigo buscou apresentar uma revisão dos aspectos históricos e epidemiológicos, as manifestações clínicas, o diagnóstico, tratamento da sífilis materna e congênita, suas repercussões perinatais e descrever as principais políticas públicas de saúde na atenção à gestante com sífilis e para erradicação da sífilis congênita. O conjunto de palavras utilizado foram “congenital syphilis”, “syphilis in pregnancy” e “syphilis prenatal care”. As bases de dados pesquisadas foram a PubMed (National Library of Medicine - EUA), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PAHO (Pan-American Health Organization), IBECs, Biblioteca Cochrane e WHOLIS, no período de 1980 a 2011. Foram incluídos 56 artigos nessa revisão, sendo 18 manuais técnicos institucionais, dois livros-texto e 36 artigos referentes à sífilis materna e congênita. A revisão realizada mostrou que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto necessário para controle e erradicação da doença principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas.

¹Programa de Pós-graduação em Ginecologia, Obstetria e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP, Brasil.

²Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.

Palavras-chave: Sífilis na Gestação; Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Syphilis in pregnancy is a public health problem, responsible for the high intrauterine mortality rates. This article aims to present a review of historical and epidemiological aspects, clinical manifestations, diagnosis, the treatment of maternal and congenital syphilis, and its perinatal repercussions. The manuscript also describes the Brazilian main policies in public health care for pregnant women with syphilis and for congenital syphilis eradication. The set of words used were “con-

Correspondência
Daniela Mendes dos Santos Magalhães
Secretaria de Estado de Saúde – Hospital Regional da Asa Norte
SMHN Quadra 101, Área Especial s/n Asa Norte-Brasília/DF
danymendes@yahoo.com.br

genital syphilis”, “syphilis in pregnancy” and “syphilis prenatal care”. The databases searched were PubMed (National Library of Medicine - USA), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences), PAHO (Pan American Health Organization), IBECs, and WHOLIS Cochrane Library, from 1980 to 2011. Fifty-six articles were included in this review, 18 institutional technical manuals, two textbooks and 36 articles relating to maternal and congenital syphilis. The present review showed that there is a gap between intention and action needed to control and eradicate the disease especially with regard to the expansion of access, not only in relation to the number of visits recommended male gender, it is important to assess the quality of their content as well as the actions to be carried out between appointments.

Keywords: Syphilis in Pregnancy; Congenital Syphilis; Syphilis Prenatal Care.

INTRODUÇÃO

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. Estima-se que leve, em pelo menos 50% das gestações acometidas (entre 10% e 15% de todas as gestações), a desfechos perinatais adversos¹⁻⁶.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem 340 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) no mundo por ano, entre as quais 12 milhões são de sífilis e, em 90% dos casos, acontecendo em países em desenvolvimento⁷.

Na América Latina e Caribe estima-se que o total de casos anuais na população adulta seja de três milhões, e que no Brasil, a prevalência média varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical ao redor de 25%⁸.

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Nesta iniciativa foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos (NV)⁹.

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005 e estima-se que apenas 32% dos

casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto¹⁰.

Já a sífilis congênita (SC) tornou-se um agravo de notificação compulsória em 1986 e, no período de 1998 a 2005, teve 29.396 casos notificados. Este número também é inconsistente com a realidade e parece refletir subnotificação, uma vez que dados do MS revelam um aumento da incidência que passou de 1,3 casos por mil NV em 2000 para 1,6 casos em 2004¹¹.

A maioria das mulheres infectadas é identificada durante a gestação ou no momento do parto. No entanto, observa-se que entre 38% e 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias importantes como, sífilis, toxoplasmose e HIV do pré-natal, necessitando assim de testes rápidos no momento do parto, que podem impedir que as ações preventivas da transmissão vertical sejam realizadas¹².

As atuais recomendações do MS para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação^{13,14}.

Inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos como baixo peso ao nascer, prematuridade, in-

fecções congênicas e óbito perinatal. Para que tais desfechos sejam evitados é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos mínimos o que tradicionalmente tem sido atribuído apenas ao número mínimo de consultas e à época de início de acompanhamento. Consta-se que, embora seja imprescindível garantir a realização de um número mínimo de consultas e a precocidade destas, é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo, bem como as ações a serem executadas entre as consultas e o rastreamento de infecções de transmissão vertical¹⁵.

A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita. Como evento sentinela, significa que a manutenção da ocorrência, juntamente com a falta de controle, indicam falhas no programa de DST (controle de sífilis adquirida) e também no seguimento pré-natal (aumento do número de casos de SC)¹⁶.

A sífilis congênita constitui o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação e responde por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal^{17,18}.

A assistência a essa população deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido e, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher, todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada às suas necessidades¹⁹.

O objetivo desta revisão foi buscar na literatura científica os aspectos históricos e epidemiológicos, as manifestações clínicas, o diagnóstico, tratamento da sífilis materna e congênita, suas repercussões perinatais e descrever as principais políticas públicas de saúde na atenção à gestante com sífilis e para erradicação da sífilis congênita.

MATERIAIS E MÉTODO

Neste trabalho foram revisadas as bases de dados PubMed - National Library of Medicine (EUA), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PAHO (Pan-American Health Organization), IBICS, Biblioteca Cochrane e WHOLIS no período de 1980 a 2011. Outros trabalhos que constavam da lista de referências dos

artigos encontrados foram utilizados como leitura complementar.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram “*congenital syphilis*”, “*syphilis in pregnancy*”, “*syphilis vertical transmission*”, “*syphilis prenatal care*”, “*syphilis treatment*”, “*congenital syphilis follow-up*” e “*syphilis epidemiology*”.

As palavras com maior capacidade de discriminação foram “*congenital syphilis*”, “*syphilis in pregnancy*” e “*syphilis prenatal care*”.

A revisão resultou em 1.500 artigos e manuais técnicos institucionais nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Destes, 56 foram incluídos nesta revisão sendo, 18 manuais técnicos institucionais, dois livros-texto e 36 artigos que versavam sobre os aspectos históricos da doença, etiologia, perfil clínico-epidemiológico e tratamento foram incluídos no estudo.

UM BREVE HISTÓRICO DA SÍFILIS

A história da origem da sífilis confunde-se com a história da civilização moderna e é marcada por controvérsias que persistem há mais de meio século. A teoria do Novo Mundo sustenta que a doença era endêmica nas Américas e foi introduzida na Europa pelos marinheiros de Colombo; a teoria do Velho Mundo se apóia na tese de que as treponematoses já existiam em terras européias e eram causadas por um único microrganismo, mas, que foram sofrendo variações com os anos de modo a adquirirem características que aumentaram sua virulência, permitindo a transmissão sexual e acarretaram epidemias²⁰. A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa e data do final do século XV, até então a doença era desconhecida¹.

O termo *lues venérea* ou simplesmente *lues*, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel. Também denominado como mal gálico, mal venéreo, bubas e pudendrago, o nome sífilis surge em 1530, em um poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, intitulado *Syphilis sive morbus gallicus*, contudo, sífilis como definição de um quadro patológico, começou a ser usado somente no final do século XVIII²⁰.

Os primeiros relatos médicos da doença surgiram em 1495, na Batalha de Fornovo. Marcellus

Cumano e Alexandri Benedetto, médicos venezianos que serviam no *front*, relataram aspectos clínicos da doença em soldados que apresentavam lesões semelhantes a grãos de milho na glândula e prepúcio, pústulas por todo o corpo, seguidas de dores terríveis em braços e pernas que deixavam os soldados desesperados. O sofrimento causado pela moléstia era mais repugnante que a lepra ou elefantíase, segundo consta em anotações de Benedetto²¹.

O agente etiológico da sífilis, a espiroqueta *Treponema pallidum*, assim denominada devido à dificuldade de se corar com as técnicas existentes na época, foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha. Em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis^{22,23}.

OS TESTES SOROLÓGICOS PARA A SÍFILIS

O diagnóstico da sífilis, na ausência de manifestações clínicas, é feito por exames sorológicos. Para o *screening* são utilizados os métodos não treponêmicos que utilizam antígenos não derivados do agente causal e atualmente o mais utilizado é o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL)^{24,25}.

O VDRL é um teste não treponêmico que apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente com até um ano de duração e pode alcançar uma positividade de 100%, pois estas fases cursam com valores mais altos de titulação no exame quantitativo. Apresenta ainda rápida negatificação em resposta ao tratamento, sendo o ideal para o rastreamento e controle da cura da sífilis¹.

Para a confirmação do diagnóstico utilizam-se os testes treponêmicos, como o *Fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-Abs), o *Microhemagglutination assay for Treponema pallidum* (MHA-TP), o *Treponema pallidum Hemagglutination* (TPHA), o *Enzyme-linked Immunosorbent Assay* (ELISA) e o teste rápido *Determine TP*[®]. Estes exames tornam-se positivos antes dos testes não treponêmicos, tendem a manter-se positivos por toda a vida e não devem ser utilizados em controle de cura^{1,24,25}.

O TPHA é o teste mais utilizado para a confirmação de diagnóstico de sífilis, apresenta um menor

custo em relação ao FTA-Abs e possui alta sensibilidade e especificidade para o *T.pallidum*¹.

OS ASPECTOS CLÍNICOS DA DOENÇA E A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

No início do século XX, a doença era tratada com mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, porém estes mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades no manuseio. Também foram pouco eficazes tratamentos que, inspirados na pouca resistência do treponema ao calor, preconizavam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como, banhos quentes de vapor ou com a inculcação de plasmódios na circulação (malarioterapia). Apenas em 1943, a penicilina (descoberta por Fleming em 1928), foi utilizada pela primeira vez com sucesso para o tratamento da enfermidade^{22,26}.

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica e abrangência mundial. Apresenta um período de incubação entre 10 e 90 dias e sua transmissão ocorre principalmente pela via sexual e vertical, mas, também, por contato com as lesões e transfusão sanguínea na fase inicial da doença^{22,23}.

O curso da doença se divide em quatro estágios: sífilis primária, secundária, latente e terciária, esta divisão ocorre de acordo com o tempo de evolução da doença. A sífilis primária manifesta-se por pequena ulceração nos órgãos genitais (cancro duro) e surgimento de linfadenomegalia inguinal entre duas e três semanas, sem deixar seqüelas visíveis. Sem tratamento a doença tende a se disseminar pelo organismo, provocando lesões cutâneas em várias partes do corpo, além de alopecia, amaurose, cardiopatias e acometimento neurológico¹⁰.

Aproximadamente um terço das pessoas acometidas na forma secundária desenvolve as complicações da fase terciária da doença, quando pode haver comprometimentos cardíacos, neurológicos e ortopédicos. Na maioria das vezes são assintomáticas, não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm baixos títulos^{10,22}.

O tratamento da sífilis é fase-dependente, determinado pelos sintomas e perfil sorológico. A droga de primeira escolha é a penicilina e sua dose varia também de acordo com a fase da doença. Na fase primária (com cancro duro), utilizam-se

2.400.000 UI de penicilina benzatina via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação); na secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou na fase latente precoce (com menos de um ano de evolução), a opção é por 4.800.000 UI via intramuscular, aplicadas em duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por cada dose, composta por 1,2 milhões em cada glúteo, na mesma aplicação); na fase terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada), 7.200.000 UI via intramuscular (no mesmo esquema da fase anterior, porém em três vezes).

UM AGRAVO SEM CONTROLE

Com o surgimento da penicilina e o seu sucesso no tratamento da doença, houve redução importante na incidência de casos. Porém, nos anos 1980, ocorreu um ressurgimento da moléstia, provavelmente associado às condições socioeconômicas deterioradas, mudanças no comportamento sexual e ao uso indiscriminado de drogas ilícitas²⁴.

Em alguns países da África como Tanzânia, Uganda, Etiópia e Zâmbia, a doença apresenta altos índices de ocorrência, variando entre 3% e 17% e os escassos dados sobre a sífilis congênita sugerem que entre 1 e 3% dos neonatos e crianças abaixo de seis meses de vida são soro reativas ou têm sinais da doença congênita²⁷⁻³¹.

Na Bielorrússia, a incidência de sífilis adquirida tem aumentado desde 1988 e atingiu uma proporção de mais de 200 casos por cem mil habitantes no ano de 1996. Esse dado reflete diretamente em um aumento expressivo no número de crianças com sífilis congênita que aumentou em mais de 25 vezes entre 1996 e 1998³².

No início dos anos 2000, foi observado um aumento no número de casos de sífilis adquirida em países desenvolvidos como Estados Unidos da América, França, Inglaterra e Alemanha principalmente entre homens que faziam sexo com homens, entre usuários de drogas, praticantes de atividade sexual desprotegida e coinfectados pelo HIV^{22,33}. Em países em desenvolvimento, este aumento foi percebido pelo aumento da prevalência de casos de sífilis primária e secundária em mulheres em idade fértil²⁹.

Estudos realizados em outras localidades também apontam como fatores de risco para a sífilis duran-

te a gestação, ter parceiro sexual casual, ser HIV-positivo, ter baixa escolaridade, não usar preservativo e usar drogas ilícitas^{19,34,35}.

A SÍFILIS MATERNA

Quando adquirida durante a gestação, a sífilis pode levar ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do conceito, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico^{36,37}.

O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção³⁸. Quanto mais avançada a doença materna, menor é o risco de transmissão e a cada gestação sucessiva, a mulher não tratada vai diminuindo essa chance sem, contudo eliminar os riscos³⁹.

Wicher & Wicher (2001)⁴⁰ chamam atenção para o fato de existirem duas possibilidades para a ocorrência da SC. A primeira, a mulher tem sífilis e engravida, e na segunda, a gestante se infecta. Assim, o espectro de desfechos possíveis torna-se variado, de acordo com o estágio gestacional e da infecção, que pode ainda ter um terceiro determinante no desenvolvimento do sistema imunológico fetal.

Nas gestantes positivas é mandatória a realização de controle mensal de tratamento e cura até o parto, assim como a testagem de mulheres internadas para curetagem pós-aborto. Os baixos títulos devem ser confirmados com o teste treponêmico, sempre que possível, e na impossibilidade de realizá-lo, todos os títulos devem ser assumidos como doença ativa e as mulheres tratadas como portadoras de sífilis⁴¹.

Embora os órgãos de assistência à saúde recomendem que o teste sorológico seja oferecido a toda gestante nos primeiros estágios da gravidez, muitas vezes os serviços de pré-natal não realizam uma cobertura adequada com a realização do *screening* sorológico e o tratamento adequado⁴².

Estudo desenvolvido nos EUA, entre mulheres que iniciaram o pré-natal antes de 30 semanas de gestação, encontrou que 53% apresentaram uma ou mais oportunidades perdidas para prevenção da sífilis congênita⁴³. Por outro lado, Peters et al. (2003)⁴⁴ estudando as oportunidades de prevenção perdidas para a infecção perinatal pelo HIV, identificaram pelo menos uma oportunidade perdida em 20% dos 4.128 nascimentos de crianças com mães sabidamente infectadas. Entre os nascimentos com pelo menos uma oportunidade perdida de prevenção houve contaminação de 22% das crianças e 40% de contaminação nas crianças de mães que não tiveram ações de prevenção e controle da infecção durante o pré-natal.

No Brasil, neste mesmo período, um estudo transversal de soroprevalência de sífilis em puérperas mostrou uma prevalência de 1,7% e as características marcadoras de vulnerabilidade associadas a esta positividade foram a escolaridade (menos de oito anos de estudo), ser solteira e ter renda familiar menor que um salário mínimo, idade na primeira relação sexual (menor que 17 anos), gravidez anterior, idade materna na primeira gestação (menor que 14, 15 e 19 anos), presença de sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis anteriores à gravidez na puérpera e parceiro, infecção pelo HIV, realização da última consulta de pré-natal anterior ao terceiro trimestre de gestação e ter tido parto pré-termo ou natimorto anterior. Neste mesmo estudo, a baixa escolaridade apresentou uma Razão de Chances de 3,05 para VDRL positivo sendo também marcante como risco associado, à gravidez precoce (OR= 7,51)⁴⁵. Esses dados remetem, ainda, à falta de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à deficiência na assistência pré-natal^{1,2}.

A SÍFILIS CONGÊNITA

As primeiras descrições da forma congênita da doença foram atribuídas à Lopes de Villa Lobos e Fracastoro, estes autores acreditavam que o contágio estava relacionado ao parto, aleitamento materno ou cruzado. Posteriormente, Paracelsus levantou a hipótese de contaminação intraútero, ele acreditava que o pai infectado pelo agente da sífilis, infectava o ovo em formação, pois muitas mães pareciam não infectadas. Este conceito somente foi abolido após a introdução dos testes sorológicos para o diagnóstico da doença. Jonathan Hutchinson é a personalidade acadêmica mais ligada à sífilis congênita devido à sua descrição da

tríade que leva o seu nome, com a malformação dentária (dentes de Hutchinson), ceratite intersticial e a surdez neurossensorial, por lesão no oitavo par craniano⁴⁶.

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica pelo *Treponema pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito por via transplacentária¹¹. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição do feto no útero²⁶.

A contaminação do conceito pode levar ao abortamento, óbito fetal e neonatal em 40% dos conceitos infectados ou ainda ao nascimento de crianças com sífilis^{47,48}.

As manifestações clínicas da SC se dividem em precoces, quando ocorrem até os dois anos de idade, e tardias, quando surgem após essa idade⁴⁹.

Cerca de 70% dos casos de SC precoce é assintomática, porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsões, meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na SC tardia, as manifestações clínicas são raras, porém irreversíveis e resultantes de cicatrização da doença sistêmica precoce envolvendo vários órgãos⁴⁷.

O diagnóstico da SC depende da combinação de critérios clínicos, sorológicos, radiográficos e microscópicos. No Brasil, o MS normatizou a definição de caso para fins de vigilância epidemiológica⁵⁰.

A definição de caso de SC para fins de vigilância apresenta quatro critérios específicos: 1) toda criança, 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 realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento; 2) todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do

que os da mãe; 3) todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de SC; 4) toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biopsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos^{50,51}.

A investigação de SC deve ser 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 com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita⁴⁷.

A profilaxia da sífilis congênita é feita através da solicitação do VDRL e do tratamento das gestantes infectadas juntamente com seus parceiros durante a consulta pré-natal, e realizada conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil: “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)”⁴⁷.

A droga de escolha para o tratamento da SC é a penicilina e o tratamento obedece aos critérios determinados pelo MS, conforme ilustra a Figura 1. A penicilina é a única droga considerada eficaz no tratamento da sífilis materna e o esquema terapêutico varia conforme o estágio da doença, nas mesmas doses do tratamento padrão¹⁰.

O MS recomenda para os casos comprovados de alergia ao fármaco, a dessensibilização com penicilina V oral. Os relatos de reação à droga são em sua maioria de natureza benigna com reações anafiláticas entre 10 e 40 por 100.000 injeções aplicadas, com dois óbitos por 100.000¹¹.

Caso essas medidas não sejam possíveis, outras drogas alternativas poderão ser utilizadas, contudo, o conceito será considerado como não tratado^{10,48,49}.

Outras drogas já foram utilizadas com sucesso no tratamento da sífilis, mas nenhuma com atividade superior à penicilina. A identificação de cepas resistentes a essas drogas mostra que a utilização desses antibióticos deve ser cautelosa, principalmente nos coinfectados pelo HIV²⁶.

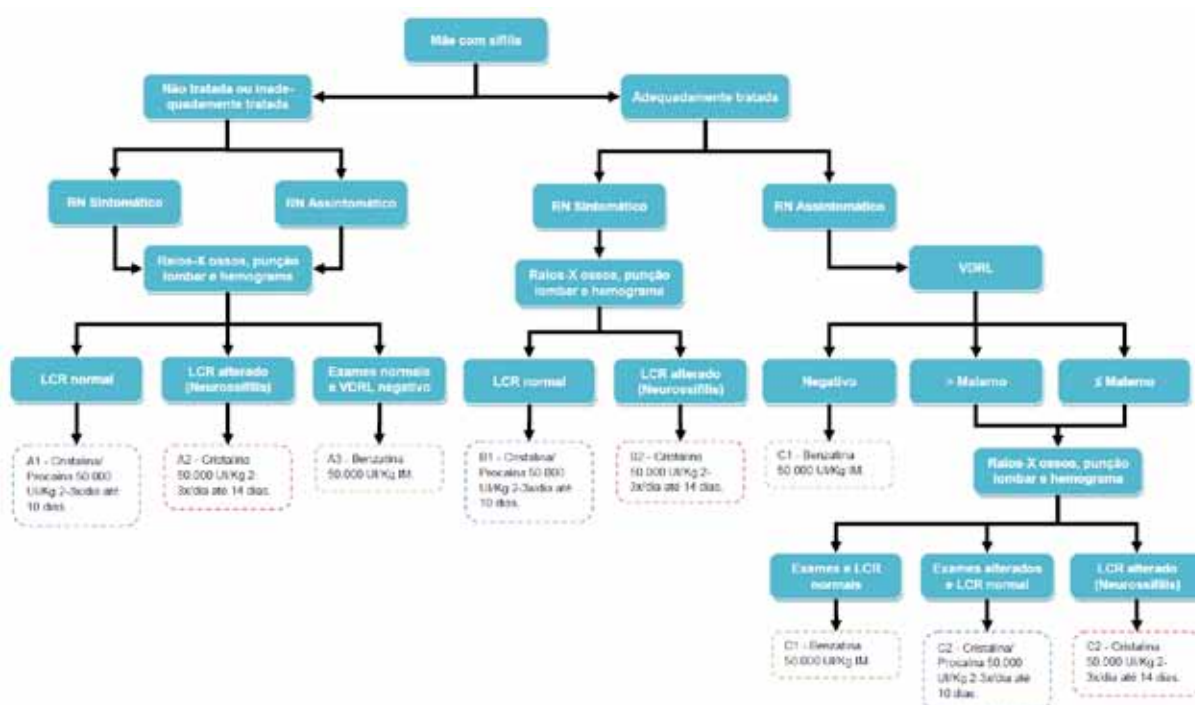


Figura 1

Algoritmo para conduta da sífilis congênita.

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE PARA A SÍFILIS MATERNA E ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A qualidade da assistência na gestação e parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças infectocontagiosas. No Brasil, em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência pré-natal, parto e puerpério no País e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal^{52,53}.

O Programa estabelece critérios de atenção como a realização de um número mínimo de consultas (fixado em seis); realização de triagem sorológica com um exame VDRL, oferta de teste anti-HIV na primeira consulta, outro VDRL por volta da trigésima semana de gestação e a aplicação da vacina antitetânica segundo esquema recomendado⁵².

A OMS preconiza a realização de um terceiro VDRL, no momento do parto, para todas as gestantes, e de teste anti-HIV para as que não realizaram durante o pré-natal o que considera perda de oportunidades de realização durante o acompanhamento pré-natal³⁵.

No período de 2000 a 2006, um estudo bienal conduzido pelo MS com uma amostra de 16.158 parturientes demonstrou que 75,1% das gestantes apresentavam pelo menos um resultado do teste para sífilis por ocasião da internação para o parto, 16,9% apresentavam os resultados dos dois testes e 11,8% possuíam cartão de pré-natal sem registro de resultados de sífilis. Ainda de acordo com este trabalho, entre as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura de dois testes, como preconiza o MS, foi de apenas 26,2%, cobertura considerada baixa. Neste estudo, 2,6% das parturientes não realizaram teste de sífilis no pré-natal e nem no parto, somente 10,5% o realizaram no momento do parto e apenas 14,1% seguiram a todas as recomendações do Ministério da Saúde⁵⁴.

Em 2006, como forma de fortalecer a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou o Pacto pela Saúde. Por este instrumento, estados e municípios se comprometem a desenvolver as ações necessárias para o cumprimento de metas, de acordo a realidade local, de maneira que as

prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas a agenda nacional⁵⁵.

Em um dos seus eixos, o Pacto pela Vida, aponta para a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas e tem como um dos componentes para a execução dessa prioridade, a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis⁵⁵.

Por este plano, pretende-se aumentar a cobertura da testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. O teste VDRL já é ofertado pela maioria das Secretarias de Saúde e espera-se que o número de testes realizados em gestantes aumente⁵⁵.

A ocorrência deste agravo entre crianças é um evento sentinela que desvela a ineficiência do cuidado pré-natal e reforça a necessidade de ações preventivas e profiláticas mais eficazes⁵⁶.

A investigação de todo caso diagnosticado e notificado de SC, assim como a testagem oportuna de gestantes e parceiros com a captação precoce para o pré-natal, juntamente com a oferta de um tratamento adequado para o casal grávido, são as medidas de controle e prevenção mais eficazes no controle desta doença⁵⁶.

CONCLUSÃO

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que causa maiores danos às gestantes e seus conceptos. Embora tenha agente etiológico conhecido, modo de transmissão estabelecido, tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura, ainda persiste como um grave problema de saúde pública.

A presença da infecção materna reflete uma falha no Programa de DST/AIDS e a persistência da doença congênita, devido a sua magnitude, sequer pode ser chamada de evento sentinela, pois reforça a tese de que as atividades básicas e de baixo custo necessárias à sua eliminação e que deveriam ser realizadas nas ações de rotina do cuidado pré-natal não mudam o cenário.

Apesar da importância do agravo, da grande quantidade de trabalhos publicados no país com enfoques na qualidade do cuidado pré-natal, nas características marcadoras de vulnerabilidades; a meta para o controle da doença, pactuada há mais de 10 anos, ainda não foi alcançada.

A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento pode ser realizado com baixo custo e não oferece nenhuma dificuldade operacional. Porém, apesar das ações desenvolvidas, os dados disponíveis demonstram um nível insuficiente de controle da doença.

A revisão realizada mostrou que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas.

REFERÊNCIAS

1. Saraceni, V A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. Texto extraído da Tese de doutorado intitulada Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000 apresentada ao programa de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Modificado pela autora.
2. Pires, O N et al. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do Bairro Uruará-Área Verde. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4):162-165.
3. Mascola, L; Pelosi, R; Alexander, C E. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. *AM Journal Obstetrics Gynecology*. 1984; 150:945-7.
4. Lago, E G et al. Congenital Syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. *Sexually Transmitted Diseases*. 2004; 31(1):33-37.
5. Schmid, G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bulletin of the World Health Organization*. June 2004; 82(6).
6. Figueiró-Filho, E A et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4):139-143.
7. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva: WHO; 2001 (WHO/CDS/CRS/EDC/2001.10). Disponível em http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf. Acesso em 08 de Junho de 2011.
8. Galban, E; Benzaken, A.S. Situacion de la sífilis en 20 países de Latino América y El Caribe: año 2006. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 9(3-4):166-172.
9. Paz, L C et al. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. *Boletim Epidemiológico AIDST*. Rio de Janeiro, Ano I, nº 1, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília, 2007. 190 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Romanelli, R M C et.al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil de Recife*. 2006; 6(3):329-334.

13. Araújo, E C et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*. 2006; 20(1).
14. Araújo, MAL. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Revista Atenção Primária de Saúde*. 2008; 11(11):4-9.
15. Lima, B G C et al. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Revista Epidemiologia e Serviços de saúde*. 2008; 17(2):123-153.
16. Milanez, H; Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(7):325-7.
17. Lima, B G C. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2004; 28(1):9-18.
18. Komka, M R; Lago, E G. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Scientia Medica*. 2007; 17(4):205-211.
19. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: políticas e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 82p. 2004.
20. Neto, B G; Soler, Z A S G; Braile, D M; Daher, W. A sífilis no século XVI – o impacto de uma nova doença. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. 2009; 16(3): 17-9.
21. Quérel, C. The history of syphilis. Baltimore: John Hopkins Paperbacks; 1992. Tradução de Le Mal de Naples. *Histoire de La syphilis*.
22. Valderrama, J; Zacarías, F; Mazin, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(3): 211-17.
23. Rotta, O. Diagnósticos sorológicos da sífilis. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(3):299-302.
24. Campos, J E B. Significado clínico dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas Treponêmicas. [Tese]. Instituto Fernandes Figueira/ Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2006.
25. Griemberg, G; Ravelli, M R; Etcheves, P D C; Orfus, G; Pizzimenti, C. Sífilis y embarazo: control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60(3): 343-7.
26. Avelleira, J C R; Bottino, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*, 2006; 81:11-26.
27. Terris-Prestholt, F; Watson-Jones, D; Mugeye, K; Kumaranayake, L et al. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect*. 2003; 79:375-381.
28. Watson-Jones, D; Oliff, M; Prestholt-Terris, F; Chancalucha, J et al. Antenatal syphilis screening in sub-Saharan Africa: lessons learned from Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*. 2005;10(9):934-943.
29. Warner, L et al. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an Urban Southeastern Hospital. *Sexually Transmitted Diseases*. 2001, 28 (2): 92-8.
30. Peters, V; Liu, K.L; Dominguez, K; Frederick, T; Melville, S; Hsu, H.W et al. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. *Pediatrics*. 2003;111(5 part 2):1186-91.
31. Watson-Jones, D; Gumodoka, B; Welss, H; Chancalucha, J et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. *J Infect Dis*. 2002 October 1; 186(7): 940-947 [online]. Acessado em 31/03/2011.
32. Pankratov, O V; Saluk, Y V; Klimova, L V. Epidemiology of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in Belarus. *Acta Dermatoven APA*. 2006; 15(1).
33. Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis – United States, 2000-2001. *MMWR Morbidity and Mortal Weekly Report* . 2002; 51:971-973.
34. Genç, M; Ledger, W J. Syphilis in pregnancy. *Sexually Transmitted Infections*, 2000 [online] 76: 73-79 [acessado em 3 de junho de 2010].
35. Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS. Programa Nascir Maternidade. Brasília: MS; 2002.

36. Beksinska, M E; Mullick, S; Kunene, B; Rees, H; Deperthes, B A case study of antenatal syphilis screening in South Africa: successes and challenges. *Sexually Transmitted Diseases*. 2002;29:32-7.
37. Azulay, R D; Azulay, D R. Treponematoses. In: *Dermatologia*. 4ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 323-39.
38. Lumbiganon, P; Piaggio, G; Villar, J; Pinol, A; Bakketeig, L; Bergsjö, P *et al*. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *International Journal of STD & AIDS*. 2002; 13(7):486-94.
39. Berman, S M. Maternal Syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ*. 2004;82(6):433-8.
40. Wicher, V; Wicher, K. Pathogenesis of maternal-fetal syphilis revisited. *Clinical Infectious Diseases*. 2001; 33: 354-63.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
42. Revollo, R M C *et al*. Sífilis materna y congênita em quatro províncias de Bolívia. *Revista Salud Pública de México*. 2007; 49(6), nov/dez.
43. Thompson, B L; Matuszak, D; Dwyer, D M; Nakashima, A; Pearce, H; Israel, E. Congenital syphilis in Maryland, 1989-1991: The effect of changing the case definition and opportunities for prevention. *Sex Transm Dis*. 1995; 22(6):364-9.
44. Peters, V; Liu, K.L; Dominguez, K; Frederick, T; Melville, S; Hsu, H W *et al*. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. *Pediatrics*. 2003;111(5 part 2):1186-91.
45. Rodrigues C S, Guimarães M D C, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168-75.
46. Rivitti, E A. Sífilis adquirida. *In*: Júnior, W B. *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 9-21.
47. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública*. 2008 Aug; 42(4): 768-772. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en. Acesso em 30 de setembro de 2011.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasil, 2005, 52 p.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília, 1993. 28 p.
50. Paz L C *et al*. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58(4):486-487.
51. Tayra, A *et al*. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de casos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4): 111-119.
52. Serruya, S J; Lago, T D G; Cecatti, J G O programa de atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife*. 2004; 4(3), sept.
53. Macêdo, V C; Bezerra, A F B; Frias, P G; Andrade, C L T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quarto municípios do Nordeste brasileiro. *Rev Cad. Saúde. Pública, Rio de Janeiro*, 25(8): 1679-1692, ago, 2009.
54. Szwarcwald, C L; Barbosa Júnior, A; Miranda, A E; Paz, L C. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST – J. Bras. Doenças. Sex. Transm*. 2007; 19(3-4):128-133.
55. Ferreira, C *et al*. Desafio da Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4): 184-186.
56. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400026&lng=en. Acesso em 08 de setembro de 2011.

Este artigo faz parte das Dissertações de Mestrado intituladas “**Perfil sócio-demográfico e antecedentes obstétricos associados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes no Distrito Federal**” e “**Perfil terapêutico assistencial da sífilis congênita no Distrito Federal no ano de 2008**” para obtenção do título de Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Faculdade de Medicina da UNESP/Botucatu, apresentadas em julho de 2011. A pesquisa obteve financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.