

SUMÁRIO – CONTENTS

EDITORIAL

BOLETIM ELIMINASÍFILIS	107
José Gomes Temporão, Mauro Romero Leal Passos, Mariângela Silveira, Priscilla Madureira, Thaís Martins	

ARTIGOS/ARTICLES

DUAS DÉCADAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: A PROPÓSITO DAS DEFINIÇÕES DE CASO	111
<i>TWO DECADES OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL: CONCERNING THE CASE DEFINITIONS</i>	
Ângela Tayra, Luiza Hurunari Matida, Valéria Saraceni, Leidijany C Paz, Alberto Novaes Ramos Jr.	
A (DES)INFORMAÇÃO RELATIVA À APLICAÇÃO DA PENICILINA NA REDE DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: O CASO DA SÍFILIS	120
<i>THE (DIS)INFORMATION REGARDING PENICILLIN USE IN THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: THE CASE OF SYPHILIS</i>	
Anete Sevciovic Grumach, Luiza Harunari Matida, Jörg Heukelbach, Helena Lutécia Luna Coêlho, Alberto Novaes Ramos Júnior	
RESULTADOS DO ESTUDO SENTINELA-PARTURIENTE, 2006: DESAFIOS PARA O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL	128
<i>RESULTS OF THE SENTINEL SURVEILLANCE PROJECT, 2006: CHALLENGES FOR THE CONTROL OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL</i>	
Célia L. Szwarcwald, Aristides Barbosa Junior, Angélica E Miranda, Leidijany C Paz	
NEUROSSÍFILIS CONGÊNITA: AINDA UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	134
<i>CONGENITAL NEUROSYPHILIS: YET A SEVERE PROBLEM OF PUBLIC HEALTH</i>	
Maria Luiza B Menezes, Carlos Alberto S Marques, Tereza Maria A Leal, Márcio C Melo, Priscila R Lima	
SÍFILIS CONGÊNITA COMO FATOR DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS	139
<i>CONGENITAL SYPHILIS AS PRENATAL ASSISTANCE FACTOR IN CAMPO GRANDE – MS</i>	
Ernesto Antonio Figueiró-Filho, Renata VC Gardenal, Leandro A Assunção, Gabriel R Costa, Carlos Renato L Periotto, Cássia A Vedovatte, Leonardo R Pozzobon	
CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA	144
<i>EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CONGENITAL SYPHILIS IN SALVADOR CITY, BAHIA</i>	
Maria de Fátima G Almeida e Susan Martins Pereira	
ANÁLISE DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ	157
<i>EVALUATION OF CONGENITAL SYPHILIS CASES AT THE MATERNITY OF THE HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ</i>	
Regina Célia SC Fernandes, Paulo GCC Fernandes, Talita Y Nakata	
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ NO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO URUARÁ-ÁREA VERDE	162
<i>EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE ON SYPHILIS IN THE PREGNANCY AT CENTRO DE SAÚDE DO URUARÁ-ÁREA VERDE DISTRICT</i>	
Osmarina N Pires, Zilma NS Pimentel, Marcos Vinicius S Santos, Wilkey A Santos	
SITUACION DE LA SIFILIS EN 20 PAISES DE LATINOAMERICA Y EL CARIBE: AÑO 2006	166
<i>SYPHILIS SITUATION IN 20 LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN COUNTRIES: YEAR 2006</i>	
Enrique Galban, Adele S Benzaken	
SÍFILIS RECENTE EM GESTANTE E EFEITO PROZONA NA SOROLOGIA: RELATO DE CASO	173
<i>EARLY SYPHILIS IN PREGNANT WOMAN AND PROZONE PHENOMENON IN SEROLOGY: CASE REPORT</i>	
Helena Lucia B Reis, Antônio Chambô Filho, Josilaine B Sabino, Sabrina Caldellas	
SÍFILIS CONGÊNITA, GÊMEOS NATIMORTOS E RETENÇÃO PLACENTÁRIA CULMINANDO EM HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO	177
<i>CONGENITAL SYPHILIS, STILLBORN TWINS AND PLACENTAL RETENTION CULMINATING IN HYSTERECTOMY: CASE REPORT</i>	
Carolina FN Martins, Filomena A Silveira, Afonso G Muzitano, Marcus Vinicius C Pereira, Philippe Godefroy C Souza	
UVEÍTE E LESÕES PRIMÁRIAS DISSEMINADAS NA SÍFILIS ADQUIRIDA	180
<i>UVEITIS AND PRIMARY LESIONS DISSEMINATED IN SYPHILIS</i>	
Luiz Fernando Aires Junior	

INFORME TÉCNICO

O DESAFIO DA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS NO BRASIL	184
Cristina Ferreira, Denis Ribeiro, Eduardo C Oliveira, Marcelo J Barbosa, Mariângela BG Simão, Valdir M Pinto	
ÍNDICE DE PUBLICAÇÕES DE 2007	187
ÍNDICE DE REVISORES DE 2007	187



**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ - Brasil
CEP 24230-150 - Tels.: (21) 2710-1549

www.dstbrasil.org.br

DIRETORIA SBDST (2006 – 08)

Presidente:

Maria Luiza Bezerra Menezes - Pernambuco (SBDST-PE)

Vice-Presidente:

Mauro Romero Leal Passos - Rio de Janeiro (SBDST-RJ)

1º Secretário:

Adele Schwartz Benzaken - Amazonas (SBDST-AM)

2º Secretário:

Paulo César Giraldo - São Paulo (SBDST-SP)

1º Tesoureiro:

Carlos Alberto Sá Marques - Pernambuco (SBDST-PE)

2º Tesoureiro:

Mariângela Silveira - Rio de Grande do Sul (SBDST-RS)

Conselho Fiscal:

Newton Sérgio de Carvalho - Paraná (SBDST-PR)

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - Goiás (SBDST-GO)

Terezinha Tenório da Silva - Pernambuco (SBDST-PE)

Diretor Científico:

Geraldo Duarte - São Paulo (SBDST-SP)

REGIONAL ALAGOAS

Presidente: Cledna Bezerra de Melo

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA

Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ

Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho

REGIONAL DISTRITO FEDERAL

Presidente: Maria Josenilda G. Silva (DF)

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Lúcia Helena M. Lima (ES)

REGIONAL GOIÁS

Presidente: Rosane Figueiredo Alves

REGIONAL PARÁ

Presidente: Jorge Vaz

REGIONAL PARANÁ

Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Mariângela Silveira

REGIONAL RONDÔNIA

Presidente: Alberto Saraiva Tibúrcio

REGIONAL SÃO PAULO

Presidente: Paulo César Giraldo



**ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO
LATINO-AMERICANA E CARIBENHA PARA
O CONTROLE DAS DST**

Presidente: Adele Schwartz Benzaken (Brasil)

1º Vice-Presidente: Enrique G. Garcia (Cuba)

2º Vice-Presidente: Alicia Farinati (Argentina)

3º Vice-Presidente: Anibal H. Pinochet (Chile)

4º Vice-Presidente: Mauro Cunha Ramos (Brasil)

1º Secretário: Mauro Romero Leal Passos (Brasil)

2º Secretário: Freddy T. Guzman (Bolívia)

1º Tesoureiro: José Carlos G. Sardinha (Brasil)

2º Tesoureiro: Miguel Tilli (Argentina)

Diretor Científico: Paulo César Giraldo (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Newton Carvalho (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Patrícia J. Garcia (Peru)

Conselho Fiscal: Maria Luiza Bezerra Menezes (Brasil)

Renata de Queiroz Varela (Brasil)

Vandira Maria dos S. Pinheiro (Brasil)



JB DST é o órgão oficial para a
América Latina da União
Internacional Contra as
Infecções de Transmissão Sexual (IUSTI)

Presidente:

James Bingham

Secretário Geral:

Ron Ballard

Filiado à
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Adele Schwartz Benzaken (AM)

Geraldo Duarte (SP)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

José Antônio Simões (SP)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Mauro Cunha Ramos (RS)

Newton Sérgio de Carvalho (PR)

Paulo Canella (RJ)

Paulo César Giraldo (SP)

René Garrido Neves (RJ)

Tomaz Barbosa Isolan (RS)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:

Alícia Farinati (Argentina)

Enrique Galbán García (Cuba)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Steven Witkin (EUA)

**ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR
DE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM/CMB/MIP
SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil
Tel.: 55 (21) 2629-2495 - 2629-2494
Fax: 55 (21) 2629-2507
E-mail: dst@vm.uff.br
www.uff.br/dst

Reitor da UFF:

Roberto de Souza Salles

Vice-Reitor:

Emmanuel Paiva de Andrade

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Humberto Fennandes Machado



Editora da Universidade Federal Fluminense
<http://www.editora.uff.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Gomes Temporão

**PROGRAMA NACIONAL
DE DST E AIDS**

Mariângela Batista Galvão Simão

As matérias assinadas e publicadas no
**DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente
Transmissíveis** são de
responsabilidade exclusiva de seus
respectivos autores, não refletindo
necessariamente a opinião dos editores.

Direcionamento e Distribuição:

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, bibliotecas, centros de referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio. É trimestral com tiragem de 3.000.

Pode-se permuta - Exchange requested

On prie l'échange - Se solicita ei caxzje

Mau bitet nu Austausch - Si prega lo escambo

INDEXADA: LILACAS EXPRESS - Literatura
Latino-Americana
em Ciências da Saúde,
Library of the Congress - WC - 140

É proibida a reprodução total ou parcial do DST - JBDST
sem a expressa autorização do editor.

Boletim Eliminasífilis

José G Temporão, Mauro Romero L Passos, Mariângela Silveira, Priscilla Madureira, Thaís Martins



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
www.febRASGO.org.br



SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST
www.dstBRASIL.org.br

20 de outubro de 2007
Dia Nacional de Combate à Sífilis Congênita

A sífilis congênita e o paradigma da luta do bem contra o mal

Imaginemos uma doença infecciosa que afeta milhões de gestantes e crianças em todo o planeta, milhares dessas no Brasil. Essa doença, passível de transmissão vertical, é considerada um verdadeiro problema de saúde pública mundial, pois apresenta elevada magnitude, transcendência e, ainda, altíssima vulnerabilidade. Trata-se de um agravo secular, que tem o seu agente causal conhecido, seu tratamento encontra-se disponível e, certamente, dos mais baratos no arsenal terapêutico antimicrobiano.

Poderíamos ainda imaginar que, reconhecida sua importância como uma doença grave o suficiente para determinar graves seqüelas ou a morte fetal e neonatal, sua investigação tornou-se rotineira nas consultas de pré-natal, com a premissa de que, enfim, afastaríamos esse mal de nossas crianças. E, logicamente, conhecendo sua magnitude, as políticas de controle seriam mais eficazes e, por isso, definiu-se que sua notificação seria obrigatória.

Ficção ou realidade?

Conhecemos essa história, e muitas outras semelhantes, no campo da saúde pública no País. Os que militam nes-

sa seara vêm na sífilis um desafio a superar, dada a sua incrível capacidade de mimetizar várias outras doenças, mas também em se manter tão silenciosa quanto à esfinge, que espera por ter seus enigmas decifrados.

Estamos falando, segundo estimativas, de cerca de 50 mil gestantes com sífilis, e aproximadamente 12 mil casos de sífilis congênita, ao ano.

Analisando o banco de dados nacional de sífilis congênita envolvendo o período de 1998 a junho de 2006 (SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação) observa-se que foram notificados e investigados 36.615 casos em menores de 1 ano de idade. A região Sudeste concentra 51,2% dos casos (18.740), a Nordeste 27,9% (10.221), a Centro-Oeste 7,4% (2.714), a Sul 6,7% (2.442) e a Norte 6,8% (2.498).

No ano de 2005 foram notificados e investigados um total de

5.710 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, com uma taxa de incidência de 1,9/1.000 nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência: 0,8 para a Região Sul (299 casos); 1,7 para a Região Norte (516); 1,7 para o Centro-Oeste (381); 2,2 para o Sudeste (2.536); e, 2,2 para o Nordeste (1.978).

Percebe-se que há um constante crescimento no número de casos notificados, na verdade um artifício provocado pela maior visibilidade dada ao agravo e à sua transcendência. Graças aos esforços promovidos pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, por meio das vigilâncias epidemiológicas e profissionais de saúde capacitados, a sífilis congênita definitivamente saiu do anonimato.

O perfil das mães das crianças infectadas é formado, principalmente, por jovens entre 20 e 29 anos de idade (54%). Um

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde, formado em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É especialista em doenças tropicais, mestre em saúde pública e doutor em medicina social.



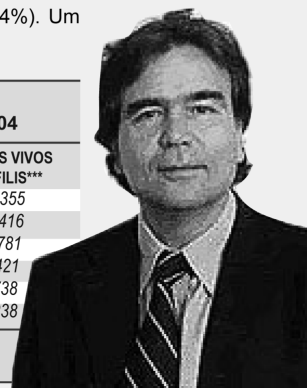
TAXA DE PREVALÊNCIA DE PARTURIENTES E NASCIDOS VIVOS COM SÍFILIS SEGUNDO REGIÃO, 2004

REGIÃO	PREVALÊNCIA* (%)	PARTURIENTES** EM 2004	PARTURIENTES COM SÍFILIS	NASCIDOS VIVOS COM SÍFILIS***
NORTE	1,8	301.208	5.422	1.355
NORDESTE	1,9	929.717	17.665	4.416
SUDESTE	1,6	1.195.168	19.123	4.781
SUL	1,4	406.116	5.686	1.421
CENTRO-OESTE	1,3	227.193	2.954	738
BRASIL	1,6	3.059.402	48.950	12.238

*Estudo Sentinela Parturiante, 2004.

**Estimado pelos nascidos vivos.

***Taxa estimada de transmissão de sífilis de 25%

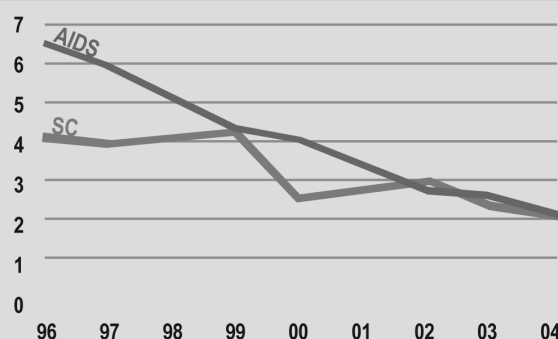


Boletim Especial Eliminação da Sífilis



Aids e sífilis congênita em menor de 1 ano Taxa de mortalidade (por 100mil) - Brasil, 1996-2004

EM PARTURIENTES (2004): PREVALÊNCIA DO HIV (0,41%) E DA SÍFILIS (1,6%)



Distribuição de frequências por situação em relação ao teste de sífilis no pré-natal - Brasil, 2006

Pré-Natal			Parto	N	%
Fez e tem cartão	1 teste	2 testes			
Sim	Sim	Sim	Sim	2283	14,1
Sim	Sim	Sim	Não	449	2,8
Sim	Sim	Não	Sim	7774	48,1
Sim	Sim	Não	Não	1631	10,1
Sim	Não	Não	Sim	1505	9,3
Sim	Não	Não	Não	394	2,4
Não			Sim	1703	10,5
Não			Não	417	2,6
Total				16156	100,0

Fonte: Sentinela Parturientes, 2006

fato que chama imediatamente a atenção é que 75,8% delas fizeram pré-natal e que a metade (53,7%) foram diagnosticadas nesse momento. Outro fato praticamente imutável é a pouca atenção dada ao tratamento do parceiro: apenas 16,6% deles são tratados. Temos que refletir, então, sobre a qualidade da assistência pré-natal ofertada a essas mulheres e a seus parceiros, refletindo diretamente na manutenção das altas taxas de incidência da doença fetal.

Dados acumulados (1996 a 2005) revelam que ocorreram 1.009 óbitos por sífilis congênita, sendo 3,3% na região Centro-Oeste, 8,8% na Norte, 10,2% no Sul, 32,6% no Nordeste e 45,1% na região Sudeste. Em 2005 foram registrados um total de 61 óbitos causados pela doença, com taxa de mortalidade de 2/100.000 nascidos vivos. Apesar da queda observada na taxa de mortalidade por sífilis congênita nos últimos anos, ela é mais lenta do que os óbitos por aids em crianças infectadas por transmissão vertical.

Além da consequência mais grave da sífilis congênita que é o óbito, existe também o risco da pré-maturidade e crianças com baixo peso ao nascer. Bebês nascidos pré-termo representam 11,8% e com baixo peso, 18% dos casos informados. São situações que podem determinar sérios prejuízos ao desenvolvimento da criança, aumentam o risco de óbito neonatal e prolongam o tempo de internação.

Nesse ponto, em particular, chamamos a atenção para a seguinte constatação: no período de 2000 a 2006, 28.569 crianças foram internadas para tratamento

de sífilis congênita, representando um dispêndio de 11,5 milhões de reais.

Fica evidente que parte considerável desse montante de recursos poderia ser revertida em ações de prevenção da doença congênita, ou seja, no diagnóstico e tratamento da população afetada.

Diga-se de passagem, entendemos essa "população" como o conjunto de brasileiros que acorrem aos sistemas de saúde, público e privado, sem diferenciação, pois a sífilis afeta indistintamente de credo, raça ou condição socio-econômica, importando, sim, os meios de prevenção. Infelizmente, os casos diagnosticados atendidos na rede privada de saúde não são devidamente informados às vigilâncias epidemiológicas dos municípios, tornando essa parcela da população artificialmente livre da ocorrência da doença.

O momento é de reflexão para a definitiva tomada de decisões por parte dos gestores e dos trabalhadores em saúde: caminhemos, pois, para o controle e a eliminação da sífilis congênita, isto é, a ocorrência de menos de 1 caso por mil nascidos vivos.

Como elemento fundamental nesse enfrentamento, as ações de prevenção precisam ser reforçadas no pré-natal, seja ele feito em unidades básicas de saúde ou em serviços de referência.

Certos de que a perplexidade pode se transmutar não em imobilidade, mas em ação, congregamos a todos os profissionais de saúde, gestores e formadores de opinião a lutarmos, juntos, pela eliminação da sífilis congênita em nosso País. ■



Mais do que conhecimentos, precisamos de atitudes

Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como o agente causador da sífilis. Já no ano seguinte, o bacteriologista August Paul von Wassermann desenvolveu a primeira sorologia para a doença, conhecida como Sorologia de Lues. Embora seu tratamento seja uma realidade há pelo menos 60 anos, a sífilis se mantém como um sério problema de saúde pública entre nós.

Em 2 de junho de 2004, a Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de DST, em conjunto com a Associação Latino Americana e Caribenha para o Controle das DST, a Associação Médica Fluminense, a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (FEBRASGO) e a Eliminasífilis promoveram, com o patrocínio do Programa Nacional de DST/AIDS, o evento científico *Infectogin-Niterói*. No encontro, foi lançado o *Documento de Niterói*,

versando sobre o compromisso para a eliminação da sífilis congênita no país. Entre os objetivos do movimento, constava a instituição do dia de combate à doença, a ser fixado no terceiro sábado de outubro de cada ano.

Neste sentido, atividades foram realizadas em várias cidades brasileiras nos anos 2004 e 2005, mas, apesar de importantes, as iniciativas se deram ainda de forma acanhada. O movimento ganhou reforço com a oficialização da data pela Sociedade Brasileira de DST, pela Eliminasífilis e pela Febrasgo durante o *VI Congresso da SBDST* e o *II Congresso Brasileiro de Aids*, promovidos em setembro de 2006, em Santos.

Tal esforço visa ampliar o debate nos vários segmentos da sociedade a fim de diminuir o estigma em relação às DST. É preciso tornar a sífilis mais visível, para que a população a entenda como um problema que diz respeito a todos, contribuindo para

o alcance da eliminação da sífilis congênita no Brasil.

A programação geral em cada cidade que aderir – tendo o apoio do Programa Nacional, Estaduais e Municipais de DST/Aids – deve compreender atividades voltadas para os profissionais de saúde (palestra, simpósio, seminário) e para estudantes do Ensino Fundamental, Médio e Superior, além de ações que atinjam a população em geral (passeata, distribuição de folhetos, fixação de postos de distribuição de material em locais públicos, como praças e em estações rodoviárias). Deve-se, ainda, buscar o apoio de divulgação junto à mídia.

Um Projeto de Lei do Deputado Federal Chico D'Angelo (Niterói-RJ), já aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, está tramitando na Câmara dos Deputados, em Brasília, com intuito de criar, por lei federal, o Dia Nacional de Combate à Sífilis Congênita. ■

Teste os seus conhecimentos sobre transmissão vertical

1 - Qual a porcentagem de transmissão vertical (TV) do HIV em gestante sem qualquer tipo de acompanhamento?

- a) 10%
- b) 30%
- c) 50%
- d) 70%
- e) > 95%

2 - Qual a porcentagem de casos de sífilis congênita em gestantes com diagnóstico de sífilis recente sem qualquer tipo de acompanhamento?

- a) 10%
- b) 30%
- c) 50%
- d) 70%
- e) > 95%

3 - Qual a porcentagem de TV em gestantes com TARV para HIV antes, durante e depois de parto?

- a) < 2%
- b) 10%
- c) 25%
- d) 40%
- e) 70%

4 - Qual a porcentagem de abortamento, natimorto ou neomorto de concepto nascido de mãe com sífilis recente tratada durante a gestação?

- a) < 2%
- b) 10%
- c) 25%
- d) 40%
- e) 70%

5 - Quem é o primeiro médico de uma criança?

- a) Médico Pediatra.
- b) Médico que faz o parto.
- c) Médico que atende o RN no berçário.
- d) Médico que faz o pré-natal.
- e) Médico que acompanha a criança no Posto.

6 - O que se considera gestante com sífilis adequadamente tratada?

- a) Tratada com penicilina (esquema próprio para a fase).
- b) Tratada há mais de quatro semanas do parto.
- c) Parceiro sexual tratado.
- d) Título do VDRL decresceu 4X ou negatizou em seis meses.
- e) Clinicamente curada.
- f) Todas acima estão corretas.

Respostas: 1 (b); 2 (e); 3 (a); 4 (d); 5 (e); 6 (f)

O que um bebê na barriga de uma gestante com sífilis gostaria de falar para sua mãe

Mamãe, qual é a sua? Tô percebendo que a vida tá pesada, mas dá uma parada pra pensar: já estou com quase dois quilos e você foi no Posto apenas uma vez! Fez os exames que o doutor pediu, mas não voltou pra mostrar os resultados. Começo a pensar, também, que o pessoal do Posto bem que podia dar uma dura nas grávidas que não voltam todos os meses. Porém, mamãe, não conte que os outros vão se preocupar com você e comigo. Isso nem sempre acontece. Tenho certeza de que para o nosso problema o Posto tem tudo. Mas você tem que fazer a sua parte e ir lá! Corre logo mamãe, e implore para o meu pai ir lá também. Depois a gente discute quem passou pra quem a doença. Se vocês não forem, ou demorarem, a coisa vai ficar feia. Você não sabe, mas os bichos treme-treme estão quase pulando do seu sangue para o meu. Vá lá no Posto mamãe! Não deixe para amanhã. Amanhã posso não estar mais vivo. Mãe, tô doidinho pra sair daqui, tomar o seu leite e ficar agarradinho com você.

o médico obstetra

Tio doutor, queria dizer que fico muito contente que minha mamãe esteja vindo te visitar para fazer os exames. Sei que o senhor estudou bastante e sabe que um exame que é muito importante é o de sífilis. Minha mãe pode não ter cara de quem tem essas coisas, mas, infelizmente, tem. Ainda bem, né tio, que o senhor tá pra tratar dela bem rapidinho. Assim, esse bichinho não vai conseguir entrar em mim pra me matar ou me deixar cheio de problemas!

Escutei, noutro dia, de uma bebê que está na barriga de uma vizinha da mamãe, que a mãe dela foi no médico com umas perebinhas na xereca e ele não pediu exames. Na verdade, ele nem examinou direito. Não fez nada. Só falou que tem de tomar vitamina.

Tio doutor, médico assim tinha que acabar!

O tal de CRM tinha que vigiar essas coisas...

Médico que é médico se importa com as pessoas. Se a mulher grávida não vai pra consulta; ele manda o pessoal do Posto chamar. Fico feliz por mamãe não ter caído nas mãos do médico que faz cara de bonzinho, mas não atende bem.

Quando eu nascer, se prepare para eu te agradecer: vou fazer xixi no seu pé! Será o meu sinal. Mas, se eu encontrar com o médico da vizinha da mamãe, vou chorar na cara dele pra ver se ele se toca.

a mídia

Pessoal da TV, do Jornal, da Revista, da Rádio, caia na real! A população não precisa só de divulgação de escândalos, mexericos, futebol, cotação do dólar, horóscopos ou informações sobre o tempo. Vocês que falam tanto de liberdade de ação devem entender que também têm responsabilidades para com o desenvolvimento do país.

Imprensa deve ser livre para colaborar no combate de todos os problemas que afetam a população.

Avaliem bem, moçada, o quanto vocês não estão fazendo pelas DST e pela sífilis congênita. Mais do que qualquer categoria, vocês sabem o quanto o trabalho da mídia influencia e pode ajudar as pessoas.

Quero muito, mas muito, ver, ouvir, ler as suas matérias e consumir os seus produtos.

E aí, vamos ou não vamos entrar logo na campanha para a eliminação da sífilis congênita?

Eu não quero morrer na barriga da mamãe por falta de informação.

seu pai

Papai, não vou discutir, agora, as suas razões para sair com outra, não se proteger, pegar sífilis, passar para a mamãe e ainda criar problema para não ir ao Posto. Até porque, mamãe pode ter saído também. Sou muito pequeno, mas imagino o quanto a vida tem criado dificuldades para vocês. Pai, deixe de ser um vacilão e vai logo ao médico! Se você não for, quando eu nascer vou ter que ficar no hospital mais de 10 dias. Vão meter uma agulha nas minhas costas para tirar líquido do cérebro; vão me dar uma tal penicilina pela veia que queima muito quando entra, além de outras futucações no meu corpinho. Vou sofrer muito, papai. Posso até morrer... Você pode diminuir a minha dor. Vai lá no Posto, pois temos muito o que brincar neste ano.

o gestor em saúde pública

Tio Secretário, que tal usar bem o dinheiro da Saúde, dando condições para que as barrigudas tenham um bom pré-natal, com bom atendimento, exames e tratamento rápido? Um dos motivos de meu sofrimento aqui na barriga da mamãe é porque ela demorou a fazer os exames. Primeiro, faltava ficha. Depois, não tinha o tal do "quiti" no laboratório. Na outra vez, era ponto facultativo por conta do jogo do Brasil... Em resumo: quando ela finalmente fez o teste, era tarde. Um bicho horrendo que parece uma lacraia já tá dentro de mim. A minha cabeça é um zunido só. Acho que o senhor e a sua equipe fazem pouco caso de mim. Escutei um papo no ônibus que, no município ao lado tudo é muito bom. A gestante já na primeira consulta é toda examinada e os resultados saem logo. Os administradores de lá merecem beijos. Se eu sair desta vou fazer uma ação no Ministério Público para apuração de responsabilidades do sofrimento meu e da mamãe.

Se eu crescer, tio, nunca vou votar no senhor, nem no cara que te escolheu para chefiar a Saúde de nossa cidade. Vai ser difícil eu perdoar vocês. Mas, posso mudar de idéia se vocês aprenderem a boa política e deixarem de politicagem.



FEBRASGO

Nilson Roberto de Melo
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST
 Maria Luíza Bezerra Menezes
ELIMINASI/FILIS/Setor de DST-UFF
 Mauro Romero Leal Passos
 Jornalista responsável
 Ana Paula Campos - RJ 16377JP

Revisão

Tatiane Braga

Textos

José Gomes Temporão,
 Mauro Romero Leal Passos,
 Mariângela Silveira, Priscilla Madureira
 e Thais Martins

Responsabilidade Social:

FQM
 Farmoquímica

Cuidando da vida de várias gerações

www.eliminasifilis.org

DUAS DÉCADAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: A PROPÓSITO DAS DEFINIÇÕES DE CASO

TWO DECADES OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL: CONCERNING THE CASE DEFINITIONS

Ângela Tayra¹, Luiza H Matida², Valéria Saraceni³, Leidijany C Paz⁴, Alberto N Ramos Jr.⁵

RESUMO

Introdução: a definição de caso representa uma estratégia da vigilância epidemiológica para o monitoramento de um agravo ou doença de interesse para a saúde pública. Além disso, permite a descrição de sua ocorrência, o registro e a avaliação de estratégias de controle adotadas em uma determinada população. **Objetivo:** o presente artigo resgata o processo de definição de caso da sífilis congênita no Brasil desde 1986 até 2004, um evento que ainda persiste como um importante desafio. **Métodos:** revisão sistemática de documentos técnico-científicos sobre definição de casos de sífilis no Brasil e em outros países. **Resultados:** o artigo subsidia o entendimento da atual definição de caso, vigente desde janeiro de 2004, contextualizando o processo de vigilância epidemiológica. **Conclusão:** ressalta-se a importância da adequada definição de caso para as ações de vigilância da sífilis congênita, bem como o reconhecimento dos limites e potencialidades das diferentes modalidades de vigilância epidemiológica com o objetivo de gerar informações de qualidade para programar as ações de controle.

Palavras-Chave: história, vigilância epidemiológica, sífilis congênita, prevenção e controle, definição de caso, DST

ABSTRACT

Introduction: the process of case definition represents an important strategy of epidemiological surveillance to follow important diseases and events for public health. Moreover, it allows the description of occurrence, besides the registry and control strategies' evaluation adopted in a certain population. **Objective:** this article rebuilds the process of congenital syphilis case definition in Brazil since 1986 up to 2004, an event that still persists as an important challenge in many countries. **Methods:** systematic review of technical-scientific documents about the definition of congenital syphilis cases in Brazil and in other countries. **Results:** this analysis subsidizes, therefore, the understanding of the current case definition, effective since January 2004, as the basis for the development of the epidemiological surveillance process. **Conclusion:** the importance of the appropriate case definition and revision for surveillance actions of congenital syphilis are emphasized, as well as the recognition of limits and potentialities of different modalities of epidemiological surveillance in order to generate good information to subsidize the control actions.

Keywords: history, epidemiological surveillance, congenital syphilis, prevention & control, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita ainda persiste como um importante desafio para a saúde pública em muitos países no início do século XXI¹⁻³. No Brasil, mostra-se como um evento de alta magnitude e ainda apresenta indicadores desfavoráveis em termos do seu controle, gerando também a necessidade de prioridade política para a sua abordagem.

Nas ações de controle da sífilis congênita, o estabelecimento das ações de vigilância epidemiológica deve ser encarado como uma estratégia com vistas à análise e à interpretação dos dados representativos do contexto epidemiológico local⁴. Para que um sistema de vigilância epidemiológica seja estruturado e funcione com eficiência e efetividade, é necessário estabelecer normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparabilidade de dados e de informações⁵.

A definição de caso é uma ação que possibilita a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência de doença em uma determinada população⁴. Representa o conjunto específico de critérios aos quais um determinado indivíduo deve atender para ser considerado um caso de uma doença ou agravo sob investigação. Estabelecida a definição de caso, pode-se comparar a sua ocorrência em determinado período e lugar, com o número de casos no mesmo lugar num momento anterior ou em momentos e lugares diferentes⁶.

A definição de caso pode-se modificar ao longo do tempo pela expansão dos conhecimentos específicos relacionados com os aspectos clínicos e de avaliação complementar, com as alterações do contexto epidemiológico e com a intenção de ampliar ou reduzir os parâmetros de entrada de casos no sistema, aumentando ou diminuindo a sensibilidade e a especificidade, de acordo com as etapas e as metas estabelecidas por um programa de controle de um país^{4,6,7}.

Nessa perspectiva, a definição de caso de sífilis congênita vem passando por diferentes modificações nas últimas duas décadas, não apenas no Brasil, mas também em outras partes do mundo.

OBJETIVO

Descrever o processo até a atual definição de caso de sífilis congênita, vigente a partir de janeiro de 2004, contextualizando o

¹ Técnica da Coordenação Estadual de Aids de São Paulo – Divisão de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo – SP.

² Técnica da Coordenação Estadual de São Paulo – Grupo de Transmissão Vertical do HIV e Outras Infecções Congênicas, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo – SP.

³ Técnica da Coordenação de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – RJ.

⁴ Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil, Brasília – DF.

⁵ Professor do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Ceará – CE.

processo de vigilância epidemiológica em nosso país. Essa reconstrução visa a possibilitar o reconhecimento da evolução das definições de caso ao longo do tempo para que se procedam análises e interpretações de tendências históricas fundamentadas nas diferentes modificações dos critérios de definição de caso.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de documentos técnico-científicos disponíveis na literatura a respeito das diferentes definições de casos de sífilis congênita adotadas no Brasil desde 1986.

RESULTADOS

Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: Perspectiva Histórica

No Brasil, a sífilis congênita, juntamente com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), tornou-se uma doença de notificação compulsória por meio da Portaria Ministerial nº 542, publicada no Diário Oficial da União de 22 de dezembro de 1986⁸. Antes de 1986, as ações de vigilância epidemiológica da sífilis congênita eram estruturadas de forma desigual nos diferentes estados. O estado de São Paulo, por exemplo, registrava apenas os casos de óbitos causados pela sífilis congênita⁹.

Nessa época, no Brasil, da mesma forma como ocorria em grande parte dos países endêmicos, era utilizado o “critério Kaufman” para a classificação e a definição de casos de sífilis congênita. Esse critério era baseado nos dados clínicos e sorológicos, classificando os casos de sífilis congênita segundo a probabilidade da infecção: definido, provável, possível e improvável¹⁰.

Apesar do seu uso, reconhecia-se a limitação de sua aplicação em saúde pública como ferramenta para a vigilância epidemiológica, principalmente em países em desenvolvimento, frente à sua considerável especificidade. Esse fato justificava-se pela realização de testes laboratoriais nem sempre disponíveis nas maternidades no momento do nascimento e implicava no acompanhamento dessas crianças, com todas as dificuldades decorrentes, principalmente para as crianças cujas mães não utilizavam serviços de saúde¹¹. Além dessas questões iniciais, a multiplicidade de interpretações da definição de caso e o reconhecimento do comprometimento da sensibilidade deste critério, uma vez que os natimortos não eram classificados como casos, traziam dificuldades adicionais, subdimensionando a realidade epidemiológica¹²⁻¹⁴.

De 1983 até 1988, o “critério Kaufman” foi utilizado como padrão para a definição de casos de sífilis congênita no país, apesar de vários estados norte-americanos terem mantido o uso desse critério até o início dos anos 1990^{12,15}.

No final dos anos 1980, nos Estados Unidos da América (EUA), a presença de sífilis primária/secundária e congênita, aliada às dificuldades do diagnóstico na criança que retardavam ou inviabilizavam o tratamento precoce¹⁶, fizeram com que, em 1988, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) adotasse uma nova definição de caso de sífilis congênita de caráter mais sensível, com o propósito de melhorar a vigilância e facilitar a adoção e a avaliação de medidas programáticas para o problema¹⁷. Essa definição era baseada na classificação de casos confirmados, compatíveis (provável ou possível) ou improváveis.

Dessa forma, caso confirmado seria toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* por meio de técnicas de microscopia de campo escuro, de anticorpos fluorescentes ou outra coloração específica de lesões, placenta, cordão umbilical ou material de autópsia. Caso compatível incluiria teste sorológico reagente para sífilis no recém-nascido ou teste sorológico reativo em uma criança cuja mãe apresenta sífilis durante a gestação e não foi adequadamente tratada, independentemente dos sintomas da criança ou um teste reagente de *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) no liquor ou um teste sorológico reagente para sífilis em uma criança com os seguintes sinais: coriza, *condiloma lata*, osteíte, periostite e osteocondrite, ascite, lesões da membrana mucosa e da pele, hepatite, hepatomegalia, esplenomegalia, nefrose, nefrite ou anemia hemolítica ou um aumento de quatro vezes ou mais nos títulos de anticorpos ou testes não-treponêmicos, VDRL ou *rapid plasma reagin* (RPR), confirmados por um teste *fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-Abs) ou por *microhemagglutination assay for antibody to T. pallidum* (MHA-Tp) em um período de três meses ou um teste treponêmico reagente ou um teste não-treponêmico que não evolui para não-reagente em seis meses. Por fim, caso improvável seria aquele sem teste sorológico reagente para sífilis ou no qual um teste treponêmico evolui para não-reagente em seis meses ou ausência de sintomas em criança nascida viva, cuja mãe, tratada para sífilis durante a gravidez, teve uma queda de quatro vezes ou mais nos títulos e teste sorológico reagente em criança que também é quatro vezes ou menos que os títulos maternos no momento do tratamento¹⁷.

Em 1989 essa definição foi revisada, sendo definidos casos confirmados e presumíveis¹⁸. Os critérios para caso confirmado enquanto caso presumível seriam: toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou inadequadamente tratada (considera-se tratamento inadequado qualquer tratamento com penicilina realizado nos últimos 30 dias antes do parto, ou tratamento sem penicilina), independente da presença de achados compatíveis com sífilis nas crianças ou toda criança com o VDRL reagente associado a, pelo menos, uma das situações específicas: 1) qualquer evidência de sífilis congênita ao exame físico; 2) qualquer evidência de sífilis congênita na radiografia de ossos longos; 3) liquor com VDRL reagente; 4) elevação de celularidade e de proteínas no liquor; 5) títulos quantitativos da sorologia não-treponêmica da criança maior ou igual a quatro vezes o título da mãe; 6) teste reagente para anticorpos FTA-Abs-19S-IgM; 7) natimorto com sífilis (todo caso de morte fetal após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis, não foi tratada ou foi inadequadamente tratada).

Esse novo critério para a definição de caso adotado pelo CDC baseava-se principalmente no resultado do teste sorológico, no quadro clínico e na história de tratamento das mães, permitindo dessa maneira classificar e tratar todos os neonatos antes que eles tivessem alta do hospital, eliminando problemas de acompanhamento para notificação e tratamento^{12-14,17,18}. Além disso, os natimortos de mães com sífilis não tratada com mais de 20 semanas de idade gestacional e peso maior de 500 gramas passaram a ser classificados como sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica^{12,17,18}.

Com a mudança para um critério de definição de caso de sífilis congênita mais sensível e a intensificação da busca de casos em alguns estados norte-americanos, observou-se, a partir de 1988, um expressivo aumento do número de casos, onde a incidência de sífilis congênita passou de 4,3 casos/100.000 nascidos vivos, em 1983, para 107 casos por 100.000 nascidos vivos, em 1991¹².

Em 1991, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/PAHO) definiu como estratégia um Plano de Ação Regional nas Américas para a eliminação da sífilis congênita. A justificativa estava baseada na magnitude estimada da doença no continente americano da ordem de 160.000 a 240.000 casos por ano e que, ao contrário das demais doenças sexualmente transmissíveis com possibilidade de transmissão vertical, poderia ser prevenida e tratada efetivamente intra-útero por diagnóstico oportuno, tratamento da gestante e prevenção da reinfeção. Paralelamente, reconheceu-se que, apesar de haver indicações consistentes do aumento do número de casos de SC por meio de estudos de prevalência, os dados eram desiguais e sem padronização dos critérios, tendo em vista que não era um evento de notificação compulsória em vários países, além da subnotificação de casos assintomáticos, perdas fetais e abortos¹⁹.

Para enfrentar essa situação, a OPAS apresentou a nova definição de caso proposta pelo CDC aos países membros que adotaram as estratégias delineadas no plano de eliminação da sífilis congênita no continente americano. Nos EUA, essa nova definição de caso além de ter permitido uma melhor vigilância epidemiológica, auxiliou no desenvolvimento e na avaliação de medidas programáticas. Como consequência, proporcionou uma avaliação acurada dos dados disponíveis e do impacto financeiro da doença no sistema de saúde, além de estimar a incidência da sífilis adquirida materna e de sua extensão para toda a população adulta, indicando a qualidade da assistência prestada¹⁹.

Para cumprir os objetivos do plano, os países envolvidos deveriam desenvolver a mensuração de indicadores, que consistiam na detecção da sífilis congênita e na investigação de casos, por meio de: a) proporção de mães testadas no momento do parto e proporção de sífilis congênita investigados; b) tratamento adequado e precoce da gestante infectada e de seu parceiro, através da cobertura de pré-natal e proporção de mulheres infectadas e de parceiros tratados; c) redução da prevalência de sífilis adquirida em mulheres em idade fértil, por meio da soroprevalência em mulheres gestantes; e d) tratamento e acompanhamento de recém-nascidos infectados, pela proporção de crianças tratadas com sífilis congênita e com acompanhamento¹⁹.

Os métodos e estratégias a serem adotados seriam o desenvolvimento e o fortalecimento do sistema de vigilância epidemiológica da sífilis congênita de forma ativa e o fortalecimento da capacidade dos serviços de pré-natal, melhorando os procedimentos do teste para sífilis em gestantes, viabilizando a realização do teste em três momentos: no primeiro e no terceiro trimestres do pré-natal e no parto. Idealmente, o teste e o tratamento deveriam estar disponíveis no mesmo dia, antes que a gestante deixasse o serviço de saúde, além de tratamento do parceiro e incentivo à realização do teste para a detecção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana¹⁹.

Em 1992, o Ministério da Saúde do Brasil propôs a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública. Em 1993, como consequência do compromisso assumido, divulgou o documento “Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita”, que indica os objetivos e as atividades a serem desenvolvidas pelos três níveis de governo. Nesse documento foi proposta a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no país, tomando como referência a meta de coeficiente de incidência menor ou igual a um caso por 1.000 nascidos vivos até o ano 2000²⁰.

Para alcançar essa meta de eliminação, os objetivos principais eram: 1) prevenir a ocorrência de novos casos de sífilis em mulheres em idade fértil, principalmente em gestantes; 2) evitar ou interromper a transmissão da sífilis adquirida materna para o seu conceito; e 3) reduzir as consequências para a criança exposta ao *T. pallidum* por meio de tratamento oportuno e adequado²⁰.

Diante das novas diretrizes políticas, o Comitê Assessor para Eliminação da Sífilis Congênita do Programa Nacional de DST/Aids elaborou uma nova definição de caso, tomando como referência a definição de caso de sífilis congênita do CDC de 1988 revisada em 1989. Essa definição de caso foi adaptada visando à detecção precoce dos possíveis casos, tendo em vista a necessidade de um sistema de vigilância epidemiológica de elevada sensibilidade, para que se pudesse detectar o maior número possível de casos, procedendo-se então ao manejo clínico e à investigação epidemiológica²¹.

É importante lembrar que, até esse momento, a vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil estava baseada em uma definição de caso que envolvia necessariamente exame físico, resultados laboratoriais, radiológicos e acompanhamento de dados sorológicos. Como nem todos os serviços estavam em condições técnicas para cumprir todos esses critérios havia uma importante subnotificação de casos, além de se ter uma grande dificuldade em termos da comparabilidade dos dados disponíveis.

Devido à necessidade de padronização e de simplificação da vigilância epidemiológica, visando à eliminação da sífilis congênita até o ano 2000, a adaptação da definição do CDC incorporava a definição de casos confirmados e presumíveis em um critério único: 1) toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente da presença de sinais ou sintomas e resultados laboratoriais; 2) toda criança que apresentar um VDRL reagente para sífilis e alguma das seguintes condições: evidência de sintomatologia sugestiva de sífilis congênita ao exame físico; evidência de sífilis congênita ao estudo radiológico convencional; evidência de alterações no liquor: teste para anticorpos, contagem de linfócitos e dosagem de proteínas; títulos do VDRL do recém-nascido maior ou igual a quatro vezes o título materno, na ocasião do parto; evidência de elevação de títulos do VDRL com relação a títulos anteriores; positividade para IgM contra *T. pallidum*; 3) toda criança com evidência laboratorial do *T. pallidum* em material colhido de lesões, placenta, cordão umbilical ou necropsia, em exame realizado através de técnicas de campo escuro, imunofluorescência ou outra específica; 4) toda criança com teste VDRL reagente após seis meses de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de sífilis

adquirida; e 5) todo caso de morte fetal ocorrido após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou inadequadamente tratada, e definido como natimorto com sífilis.

Para fins de classificação do caso, foi definido que sífilis congênita precoce seria aquela diagnosticada até o segundo ano de vida; após essa idade/data, seria considerada sífilis congênita tardia, desde que fosse descartada a possibilidade de sífilis adquirida²⁰.

Em uma criança maior de dois anos de idade e com sorologia positiva para a sífilis, pode ser difícil distinguir entre sífilis congênita e sífilis adquirida: nem sempre os sintomas são evidentes ou ainda sequer foram desenvolvidos, mesmo nesta idade. Valores anormais no liquor com relação ao número de linfócitos e proteínas e à presença de anticorpos IgM específicos podem ser encontrados em ambas as situações. Achados nos exames radiológicos de ossos longos podem ajudar, desde que se considere como sinal clássico para a sífilis congênita as alterações radiológicas das metáfises e/ou epífises. A decisão final deve ser baseada na história materna e no julgamento clínico. A possibilidade de abuso sexual não pode ser afastada.

O grande avanço nessa definição foi a inclusão do critério de que *“toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente de presença de sinais, sintomas e resultados laboratoriais é um caso de sífilis congênita e deve ser avaliada e tratada”*.

Ainda em 1993, o Programa Nacional de DST/Aids publica a primeira edição do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e realiza a revisão da ficha de investigação epidemiológica da sífilis congênita incorporando as modificações adotadas. Iniciou-se nesse ano a notificação da sífilis congênita por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação^{20,22}.

Em 1995, durante a 116ª Reunião do Comitê Executivo da OPAS, esboçou-se um Plano de Ação para a Eliminação da Sífilis Congênita. Como resultado, na resolução CE 116.R3 da OPAS, o Brasil, juntamente com outros seis países da América Latina e Caribe, assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação visando à eliminação da sífilis congênita até o ano 2000, tomando como referência a definição de caso do CDC de 1988, revisada em 1989^{17,18}. A meta definida foi a de um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos, com o tratamento de 95% das gestantes com sífilis e de redução do coeficiente de prevalência da infecção em gestantes para menos de 0,1%¹⁹.

Em 1996, a Coordenação Nacional de DST/Aids realizou reuniões regionais visando à implantação de medidas de controle da sífilis congênita, contando com a participação de representantes dos serviços de saúde (de pré-natal e maternidades) e das Coordenações (níveis Nacional e Estadual) de DST/Aids e Materno-Infantil. Um dos objetivos foi a implantação de Grupos de Investigação de Casos de Sífilis Congênita nos serviços representados, que formariam a base de um sistema de informação (por meio do envio de relatórios trimestrais) sobre atividades operacionais e de vigilância relevantes para o controle da sífilis congênita²³.

Em 1997, visando adequar as metas à política nacional de controle, o Ministério da Saúde do Brasil passou a considerar que o registro de até 1 caso por 1.000 nascidos vivos representava a meta de eliminação da sífilis congênita²⁴.

Nesse período, surgiram questionamentos sobre a precisão da definição de caso de sífilis congênita uma vez que esta era muito sensível para a captação de crianças com risco aumentado de sífilis congênita. Resolveu-se utilizar a classificação de casos adotada originalmente pelo CDC em casos confirmados e presumíveis^{17,18}. Dessa forma, em 1999 tem-se uma nova avaliação dos critérios de definição de casos de sífilis congênita que teve como principal marco a inclusão do tratamento do parceiro como critério para a definição de tratamento adequado da gestante. Em 2000 procedeu-se à inclusão de uma variável no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que permitia a classificação dos casos em presumível, confirmado, descartado e ignorado, para ajuste das versões e recuperação de casos²⁵.

Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: Atual Definição de Caso, 2004

Em 2003, a definição de caso de sífilis congênita foi revisada em reuniões do Comitê Assessor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Programa Nacional de DST/Aids, sendo a principal modificação o reagrupamento dos critérios da definição anterior em um único bloco, não mais utilizando a classificação final de confirmado e presumível. Nessa definição, os casos que não preencherem a definição não serão notificados no SINAN (portanto, não existem mais os casos “descartados”) e estabeleceu-se um limite máximo para a idade em 12 anos²⁵. Além disso, a ficha de notificação e investigação foi amplamente discutida em termos dos seus objetivos fundamentais e simplificada, com a redução do número de campos.

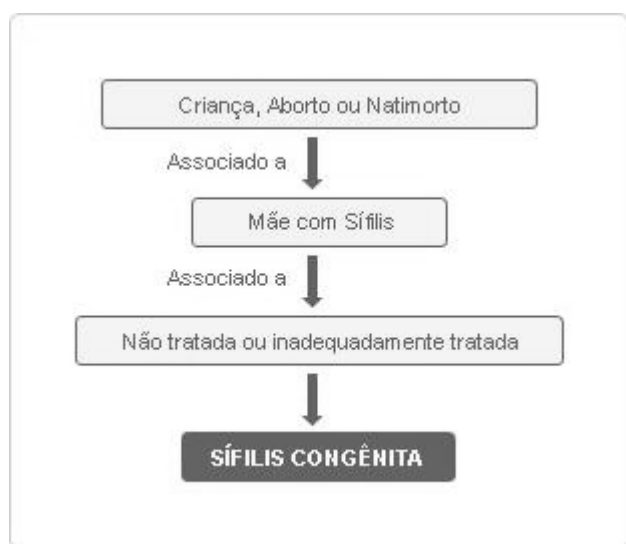
Assim, todos os casos em que a atual definição se aplica serão notificados como caso de sífilis congênita. Em janeiro de 2004 essa nova definição tornou-se vigente em todo o território nacional esclarecendo o conceito de mãe com sífilis, como critério laboratorial, a sorologia não-treponêmica com qualquer título, na ausência do teste treponêmico, e a história de tratamento inadequado, tornando a definição de caso ainda mais sensível²⁵.

Quatro critérios compõem a atual definição de caso de sífilis congênita²⁵:

Primeiro critério (Fluxograma 1):

Toda criança ou aborto (perda gestacional até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas) ou natimorto (feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas) de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação (VDRL e RPR), na ausência de teste confirmatório treponêmico (FTA-Abs, MHA-Tp, TPHA, ELISA [Enzyme-Linked Immunosorbent Assay]) realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou que tenha recebido tratamento inadequado.

Considera-se como tratamento inadequado para a gestante todo o tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; tratamento não adequado para a fase clínica da doen-

Fluxograma 1 – Critério 1

ça; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento. Com relação ao(s) parceiro(s), inclui(em)-se como tratamento inadequado para a gestante aquele(s) que não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, segundo as diretrizes de tratamento vigentes, ou quando não se tem essa informação disponível; ausência de documentação do tratamento ou da queda dos títulos após tratamento²⁵.

Até o momento, a penicilina representa o medicamento de escolha para o tratamento, não havendo evidências científicas por meio de estudos controlados que sustentem outras opções terapêuticas^{2,26-28}.

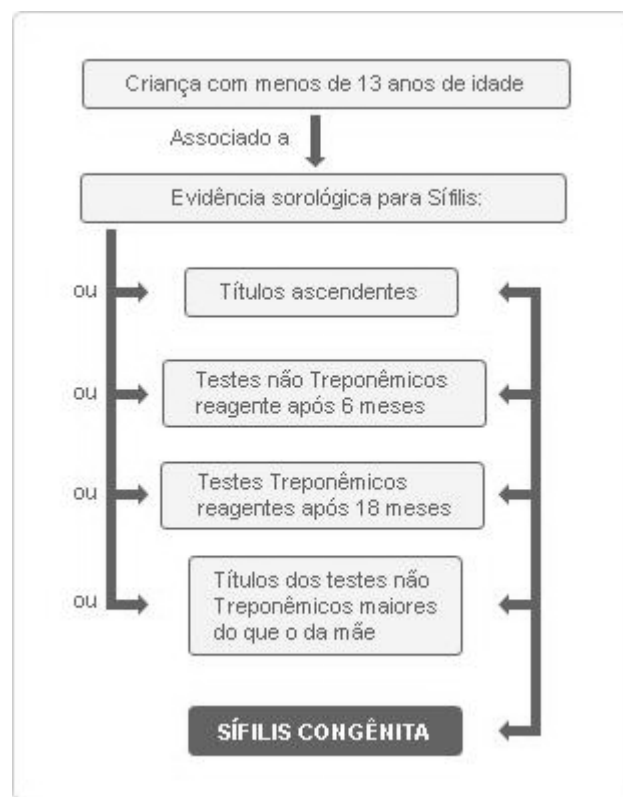
Segundo critério (Fluxograma 2):

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 situação 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. Em todos os casos acima, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida²⁸.

Terceiro critério (Fluxograma 3):

Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

A presença de leucocitose (acima de 25 leucócitos/mm³) e o elevado conteúdo protéico (acima de 150 mg/dL) no liquor de um recém-nascido suspeito de ser portador de sífilis congênita devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no liquor deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou no conteúdo

Fluxograma 2 – Critério 2

protéico no liquor. A ocorrência de alterações no liquor é muito mais frequente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita, que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas. Se a criança for identificada após o período neonatal (após 28 dias de vida), as alterações líquóricas incluem: VDRL positivo, leucocitose de mais de cinco leucócitos/mm³ e/ou nível de proteínas maior que 40 mg/dL. O teste RPR não é útil para a avaliação do liquor; para este material, deve-se utilizar apenas o VDRL.

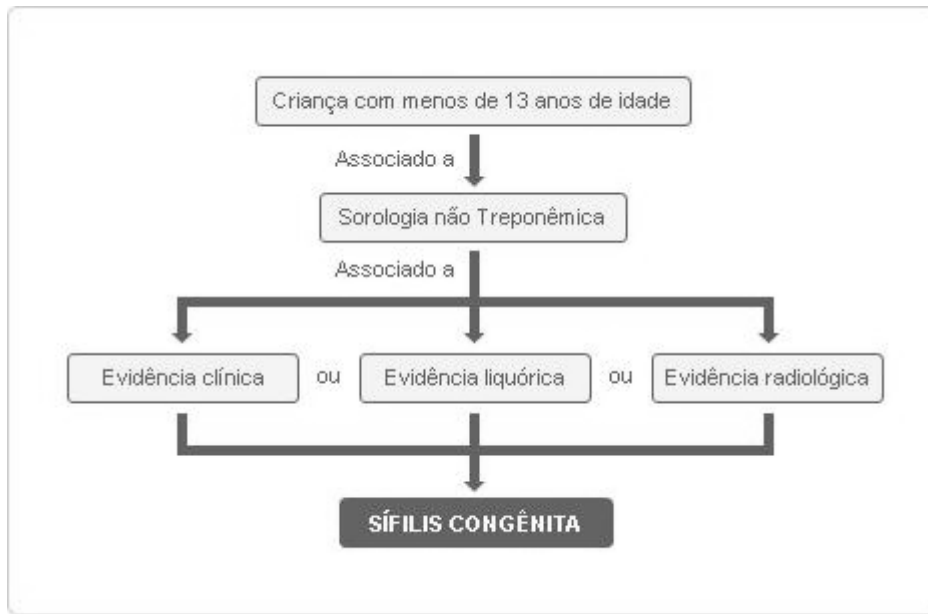
O envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), causando osteocondrite, osteíte e periostite, representa um achado comum na sífilis congênita sintomática, pois em 70% a 90% destes casos as radiografias de ossos longos revelam alterações sugestivas da infecção. A sensibilidade das alterações radiológicas para o diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas é desconhecida. Em aproximadamente 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, a única alteração é o achado radiográfico, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos²⁸.

Quarto Critério

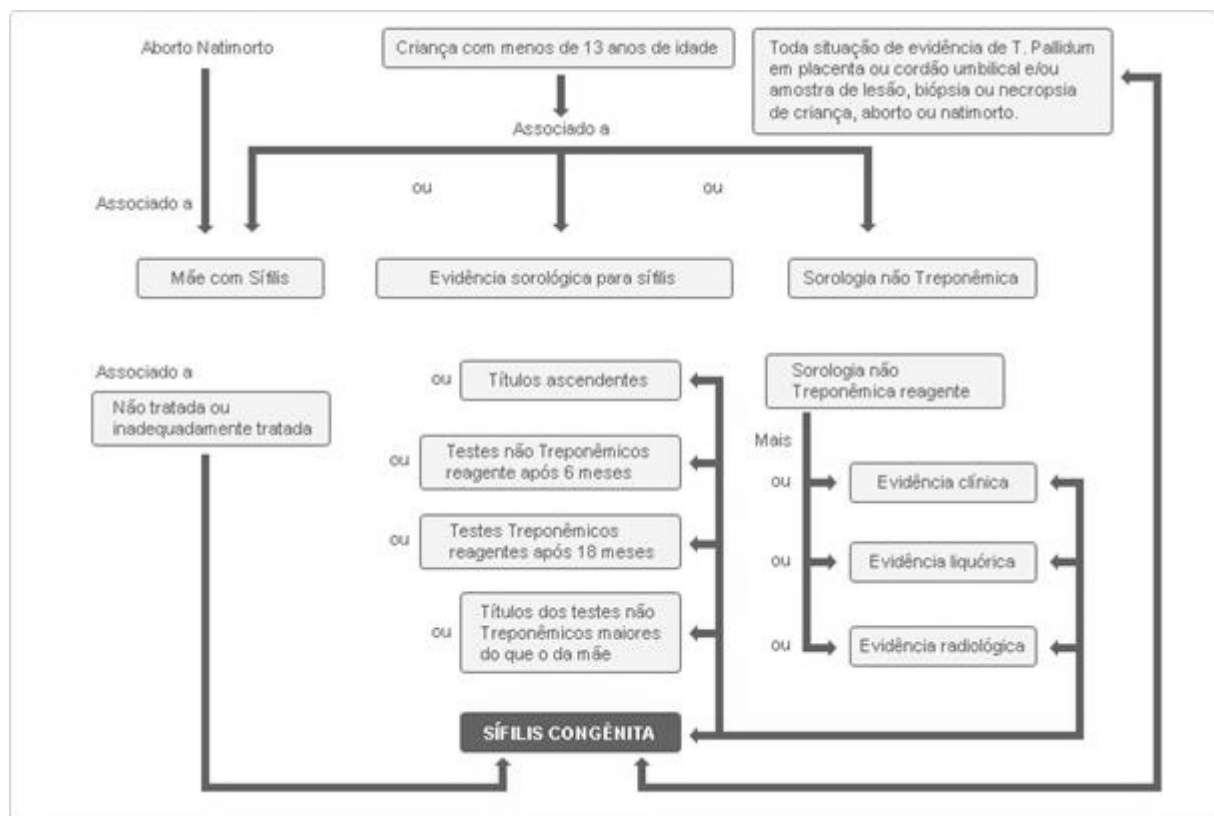
Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biopsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

No **Fluxograma 4**, segue o resumo dos quatro critérios atuais para a definição de casos de sífilis congênita²⁸.

Fluxograma 3 – Critério 3



Fluxograma 4 – Critério 4



DISCUSSÃO

Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: Limites e Potencialidades

Em 2004, o Estudo Sentinela em Parturientes, realizado pelo PN de DST/Aids estimou o coeficiente de prevalência de sífilis

em parturientes com sífilis em 1,6%^{25,28}. Esse resultado supera o observado, com relação à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), para o mesmo período, em torno de 0,6% das parturientes infectadas pelo HIV.

Os dados de sífilis congênita disponibilizados pelo SINAN evidenciam, apesar das limitações referentes à subnotificação dos

casos, um coeficiente de incidência crescente desde 1998, quando a base de dados tornou-se mais robusta e confiável do ponto de vista do estabelecimento de comparações: 0,9 caso por 100.000 habitantes em 1998 e 1,5 caso por 100.000 habitantes em 2003²⁸.

A situação epidemiológica da sífilis congênita no Brasil mantém o desafio do seu controle, apesar de sua história natural ser totalmente conhecida, da disponibilidade de um critério de alta sensibilidade para a definição de casos, da população-alvo ter maior probabilidade de frequentar os serviços de saúde, da disponibilidade de um teste laboratorial relativamente simples, sensível e barato, bem como da existência de um tratamento disponível e barato, com uma das maiores experiências de aplicação em todo o mundo^{1,2,14,27-29}.

A taxa de transmissão vertical do *T. pallidum* estimada, sem nenhuma intervenção, situa-se em torno de 30% a 90%, dependendo da fase em que a mãe se encontra^{13,27,30}. Dos casos de sífilis congênita ocorridos, aproximadamente 40% daqueles sem tratamento resultam em morte fetal, causando aborto espontâneo e natimorto ou ainda morte neonatal precoce, o que levanta a necessidade de se incorporar nas ações de vigilância epidemiológica a investigação e a análise específicas dos óbitos por sífilis congênita²⁵. Frente a essas questões relativas à história natural, os objetivos das ações de vigilância devem estar claramente definidos.

Os objetivos principais da vigilância epidemiológica da sífilis congênita incluem a prevenção da ocorrência de casos novos de sífilis em mulheres em idade fértil, principalmente em gestantes, a prevenção ou a interrupção da transmissão vertical do *T. pallidum* e a redução das consequências da sífilis para a criança infectada, por meio do tratamento oportuno e adequado.

Há mais de quatro décadas o controle da sífilis congênita fundamenta-se, basicamente, na prevenção da transmissão vertical e na redução das consequências da sífilis congênita por meio do tratamento materno durante a gestação^{20,31}.

A vigilância da sífilis congênita, que de início preconizava a notificação somente dos casos de óbitos ou com quadros clínicos mais graves, passou a notificar casos de crianças assintomáticas no momento do nascimento, uma vez que toda a investigação desencadeia-se principalmente a partir dos dados de mãe com sífilis.

A disponibilidade dos dados do sistema de vigilância permite a obtenção de informações que contribuem para o conhecimento de aspectos importantes da história natural da doença, como a forma e a gravidade das manifestações clínicas. As informações maternas possibilitam, ainda, conhecer os fatores operacionais que levaram à ocorrência dos casos, especialmente sobre a prevenção da sífilis congênita durante o pré-natal e o parto.

Além disso, o sistema de vigilância epidemiológica tem sido a principal fonte de informações para o conhecimento da magnitude da sífilis congênita e o monitoramento das recomendações em diferentes países¹⁷. Nesse sentido, a avaliação do sistema consiste numa atividade importante e possibilita uma melhor utilização dos recursos de saúde pública^{4,5}.

A vigilância é capaz de apontar as oportunidades perdidas nas várias etapas da assistência à gestante, ao detectar o não cumprimen-

to de condutas diagnósticas e de tratamento adequado para a prevenção da transmissão do *T. pallidum*, além da grande proporção de dados ignorados sobre essas informações.

A sensibilidade da definição de caso de sífilis congênita apóia-se no pressuposto de que 100% dos fetos são infectados pela sífilis materna. Por isso, o dado de tratamento ignorado é interpretado como ausência de tratamento. Nesse sentido, a dinâmica de revisão da definição de casos ao longo dos anos permite ampliar o olhar sobre o contexto epidemiológico real desse evento em uma população⁴.

A vigilância epidemiológica de sífilis congênita ainda está num processo de evolução da descrição da magnitude e da gravidade da doença. Mesmo assim, vem contribuindo para o desenvolvimento de ações direcionadas para a redução da mortalidade e das seqüelas da sífilis congênita pelo tratamento precoce. O aumento da notificação de casos assintomáticos ao nascimento certamente traduz o desempenho do sistema de vigilância, reduzindo o número de casos com sinais e sintomas, além de captar cada vez mais os casos laboratoriais, intervindo de forma precoce e oportuna.

Um caso de sífilis congênita deve ser necessariamente utilizado como um evento sentinela para desencadear uma investigação com finalidade de melhorar a qualidade do pré-natal, apesar de não estar sendo utilizado rotineiramente como uma estratégia de controle pela maioria dos serviços de saúde.

Entretanto, as ações para o alcance da meta de eliminação da sífilis congênita não podem concentrar-se somente na vigilância no momento do nascimento. Nesse modelo, a vigilância atua na redução das consequências para a criança exposta e já infectada, por meio de tratamento oportuno e adequado. Nesse sentido, a vigilância para a eliminação da sífilis congênita proposta desde 1992 com o objetivo de *evitar ou interromper a transmissão da sífilis adquirida materna para o seu conceito* deveria antecipar para o período gestacional as ações de controle, com a notificação da gestante com sífilis e o estabelecimento das intervenções já no pré-natal^{9,25,28}. Essa mudança de estratégia da vigilância epidemiológica foi implementada pelo PN de DST/Aids por meio da portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005, que torna a sífilis na gestação de notificação compulsória na rede de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, várias iniciativas do Ministério da Saúde vêm sendo desenvolvidas no sentido de garantir maior qualidade ao pré-natal, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Instituído pelo Ministério da Saúde, pela Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, representa um importante instrumento para a organização e a estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e da hierarquização do sistema de saúde^{32,33}. Outra iniciativa importante é o estabelecimento de metas nas pactuações entre os níveis de gestão do SUS, como a realização de VDRL durante o pré-natal e ao parto, com base na informação do sistema de informação hospitalar (SIH-SUS) e vinculado ao pagamento da Autorização de Internação Hospitalar do Parto (AIH-parto), publicado na portaria ministerial 766, de 21 dezembro de 2004. Ressalta-se, entretanto, que a pactuação nacional não faz referência aos exames VDRL durante a gesta-

ção; alguns estados ampliaram sua meta de cobertura do VDRL inserindo essa abordagem.

Por fim, um dos grandes desafios para as áreas de vigilância e de assistência é a baixa cobertura da assistência aos parceiros das mulheres diagnosticadas na rede. É um problema que ocorre não apenas para a sífilis, mas também para as demais DST e está relacionado a vários fatores sócio-culturais. Entre esses fatores, inserem-se o preconceito, a ausência de educação sexual, a dificuldade de avisar o parceiro para também procurar o auxílio médico, além da dificuldade de percepção da doença (muitas vezes não manifesta, a sífilis na gestante é, geralmente, diagnosticada pela sorologia positiva realizada como rotina no pré-natal), fazendo com que tanto as mulheres quanto os parceiros não sejam convencidos da necessidade de tratamento³⁴⁻³⁶. Além disso, é relatada a dificuldade dos profissionais na abordagem das DST. O fato de o indivíduo ser tratado de maneira não-repreensiva pode contribuir para o convencimento de trazer parceiros sexuais ao serviço. É necessário, portanto, aumentar o investimento em formação para os profissionais dos serviços de atenção básica que realizam pré-natal para o aconselhamento e a abordagem de parceiros na rede^{37,38}. Nesse sentido, a inserção desse tema nas discussões dos Pólos de Educação Permanente dos Estados faz-se necessária. O reconhecimento das definições de casos de sífilis congênita integra-se como uma das ações de controle necessárias para o real enfrentamento do problema³⁹⁻⁴², devendo-se, necessariamente, reconhecer as especificidades regionais e operacionais no país e a viabilidade econômica da implementação dessas ações⁴³⁻⁴⁹.

CONCLUSÃO

Ressalta-se a importância da adequada definição de caso para as ações de vigilância da sífilis congênita, bem como o reconhecimento dos limites e potencialidades das diferentes modalidades de vigilância epidemiológica com o objetivo de gerar informações de qualidade para programar as ações de controle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hook EW, Peeling RW. Syphilis Control: A Continuing Challenge. *N Engl J Med* 2004; 351(2): 122-4.
- Carey JC. Congenital syphilis in the 21st century. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3(4): 299-302.
- Ramos Jr. AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/Aids and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(Supl3): S370-S8.
- Buehler JH. Surveillance. In: Rothman K.J. Greenland, S. Modern Epidemiology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot-Raven; 1998. p.435-57.
- Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo; Instituto para o Desenvolvimento de Saúde; Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar. Série "Saúde e Cidadania", volume 7; 1998.
- Laguardia J, Penna ML. Definição de Caso e Vigilância Epidemiológica. *Informe Epidemiológico do SUS*; 1999, 8(4): 63-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Perspectiva Histórica das Definições de Caso de Aids no Brasil Vigentes até 2003. *Boletim Epidemiológico de Aids*. Ano XVII nº 1, Janeiro a Dezembro de 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Brasília: Diário Oficial da União 1986, p. 19827, 24 dez. Seção I.
- Tayra AP. Sistema de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
- Kaufman RE, Jones OG, Blount JH, Wiesner PJ. Questionnaire survey of reported early congenital syphilis: problems in diagnosis, prevention, and treatment. *Sex Transm Dis* 1977; 4: 135-9.
- Zenker PN, Berman SM. Congenital syphilis: reporting and reality. *Am J Public Health* 1990; 80: 271-2.
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Surveillance for Geographic and Secular Trends in Congenital Syphilis - United States, 1983-1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42 (SS6):59-71.
- Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clinics in Perinatology* 1997; 24(1): 71-90.
- Gutman LT. Syphilis. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan S - eds. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 5th Edition. Philadelphia: WB Saunders; 2003.
- Gust DA, Levine WC, St Louis ME, Braxton J, Berman SM. Mortality associated with congenital syphilis in the United States 1992-1998. *Pediatrics Electronic Pages* 2002; 109(5): E79. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/5/e79>. Acessado em 10/09/2007.
- Mascola L, Pelosi R, Blount JH, Binkin NJ, Alexander CE, Cates W Jr. Congenital syphilis. Why is it still occurring? *JAMA* 1984; 252: 1719-22.
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1988; 37 (suppl 1): 1-13.
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Congenital syphilis - New York City, 1986-1988. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1989; 38: 825-9.
- Pan American Health Organization PAHO. Elimination of Congenital Syphilis. *Bull Pan Am Health Organ* 1995; 29(4): 364-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids, Secretaria de Políticas de Saúde; 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim Epidemiológico de DST*, ano IV, nº 1, 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim Epidemiológico de DST*, ano III, nº 5; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim Epidemiológico de DST*, ano III, nº 1; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita [Acessado em: 5 de Maio de 2007, para informação de Dez. de 1997] [on line]. Disponível em: <http://Aids.gov.br/uvad/eliminacao.htm>. Acessado em 10/09/2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Sífilis Congênita. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2005.
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Congenital syphilis - United States, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53(31): 716-719.
- Berman, SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Org* 2004; 8: 433-8.
- Paz LC, Pereira GF, Matida LH, Saraceni V, Ramos Jr. AN. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos 2004. *Boletim Epidemiológico AIDST* 2004; 1:12-17.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2007.
- Mussi-Pinhata MM, Yamamoto AY. Infecções congênicas e perinatais. *Jornal de Pediatria* 1999; 75(Supl.1): S15-S30.
- Girianielli VR. Em Busca da Validade e Eficiência na Investigação de Determinantes da Sífilis Congênita. Dissertação de Mestrado apresentado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2004; 4(3): 269-79.
- Walker DG, Walker GJ. Prevention of congenital syphilis-time for action. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 401.
- Schrag SJ, Arnold KE, Mohle-Boetani JC, Lynfield R, Zell ER, Stefonek K et al. Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention. *Obstet Gynecol* 2003; 102(4): 753-60.
- Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 402-9.
- Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita/sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal. *Cad Saude Pública* 2003; 19(5): 1341-9.

38. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 424-30.
39. Salakhov E, Tikhonova L, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S. Congenital syphilis in Russia: the value of counting epidemiologic cases and clinical cases. *Sex Transm Dis* 2004; 31(2): 127-32.
40. Peeling RW, Mabey DC. Syphilis. *Nat Rev Microbiol* 2004; 2(6): 448-9.
41. Pan American Health Organization PAHO. Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas: Area of Family and Community Health HIV/Aids unit, 2004.
42. Mullick S, Broutet N, Htun Y, Temmerman M, Ndowa F. Controlling congenital syphilis in the era of HIV/Aids. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 431-2.
43. Lima, BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras Patol Med Lab* 2002; 38: 267-71.
44. Kiss H, Widhalm A, Geusau A, Husslein P. Universal antenatal screening for syphilis: is it still justified economically? A 10-year retrospective analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 112(1): 24-8.
- 45 - Fitzgerald DW, Behets F, Preval J, Schulwolf L, Bommi V, Chaillet P. Decreased congenital syphilis incidence in Haiti's rural Artibonite region following decentralized prenatal screening. *Am J Public Health* 2003; 93(3): 444-6.
46. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 410-6.
47. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita Sífilis congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *RBGO* 2001; 23(10): 647-52.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Projeto Nascer-Maternidades; 2003.
49. Pan-American Health Organization. PAHO. Elimination of congenital syphilis. *Bull Pan Am Health Organ* 1995; 29(4): 364-8.

Endereço para Correspondência:**ÂNGELA TAYRA**

Coordenação Estadual de Aids de São Paulo - Divisão de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo – SP.

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana, São Paulo, SP, Brasil.

CEP: 04221-000.

E-mail: E-mail: angelat@crt.saude.sp.gov.br

Recebido em: 17/11/2007

Aprovado em: 21/01/2008

A (DES)INFORMAÇÃO RELATIVA À APLICAÇÃO DA PENICILINA NA REDE DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: O CASO DA SÍFILIS

THE (DIS)INFORMATION REGARDING PENICILLIN USE IN THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: THE CASE OF SYPHILIS

Anete S Grumach¹, Luiza H Matida², Jörg Heukelbach³,
Helena L L Coêlho⁴, Alberto N Ramos Júnior⁵

RESUMO

Introdução: mais de 60 anos após o reconhecimento do efeito antibacteriano da penicilina, a sua utilização não vem sendo realizada de modo adequado. Infecções com indicação clara para o uso desse medicamento, como a sífilis congênita, mantêm-se como problema de saúde pública no Brasil. **Objetivo:** este artigo identifica e discute as questões relacionadas com a dificuldade do uso da penicilina na rede do Sistema Único de Saúde, tomando como exemplo o caso da sífilis. **Métodos:** trata-se de uma revisão sistemática de documentos técnico-científicos disponíveis na literatura a respeito da aplicação da penicilina e dos desafios relacionados com seu uso. Toma-se como referência principal de estudo o caso da sífilis no Brasil. **Resultados:** situações associadas aos riscos do uso da penicilina, à questão da resistência a antibióticos, às bases do conhecimento sobre alergia à penicilina, ao diagnóstico e ao manejo das reações anafiláticas são abordadas. **Conclusão:** conclui-se que a interpretação e a construção equivocadas de documentos técnicos oficiais, a inadequação da formação de profissionais da saúde, os interesses econômicos e a fragilidade da rede de atenção no manejo de reações anafiláticas são situações que favorecem à utilização insuficiente da penicilina na sífilis congênita. **Palavras-chave:** droga, alergia, anafilaxia, penicilina, sífilis, Brasil, DST

ABSTRACT

Introduction: the antibacterial effect of penicillin has been recognized for more than 60 years, but the drug is still being used incorrectly. Bacterial infections with clear indications for the use of penicillin, such as congenital syphilis, are still a public health problem in Brazil. **Objective:** this paper identifies and discusses aspects related to the problems of the use of penicillin in the Unified Health System, using as an example the situation of syphilis. **Methods:** systematic review of technical-scientific publications related with penicillin use, both in Brazil and in other countries. The main reference of this study is the case of syphilis in Brazil. **Results:** high risk situations for penicillin use, antibiotic resistance, allergic reactions, as well as diagnosis and treatment of anaphylactic reactions are discussed. **Conclusion:** we conclude that the erroneous interpretation of technical documents, the inadequate training of health professionals, economic interests and the inability of the health system to manage anaphylactic reactions are situations which may cause the insufficient use of penicillin in congenital syphilis. **Keywords:** drug, allergy, anaphylaxis, penicillin, syphilis, Brazil, STD

INTRODUÇÃO

A atividade antimicrobiana da penicilina foi descoberta por Alexander Fleming, em 1928, quando observou que o fungo *Penicillium* produzia uma substância responsável pelo efeito bactericida em uma cultura de *Staphylococcus* spp.¹. A substância foi obtida em sua forma purificada por Howard Florey e Ernst Chain, em 1940. Eles comprovaram as suas qualidades antibióticas em ratos infectados, assim como a sua não-toxicidade². Em 1941, os mesmos autores demonstraram os efeitos antibacterianos da penicilina em seres humanos^{3,4}. Em virtude da relevância da descoberta, Fleming, Florey e Chain receberam o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1945.

O advento da penicilina assinalou inúmeras possibilidades para a redução da morbimortalidade de doenças infecciosas em todo o mundo, em meio ao paradigma da epidemiologia da teoria

dos germes⁵. Na realidade, trata-se do grupo de antimicrobianos com a maior experiência de uso em todo o mundo, tanto em gestantes⁶ quanto na população em geral⁷⁻⁹.

As penicilinas passaram a representar uma opção terapêutica útil no tratamento e na prevenção de diferentes processos infecciosos ou de suas complicações, mesmo ainda no século XXI. São antibióticos de elevada eficácia e de baixo custo, sendo uma opção definida nas infecções por *Streptococcus pyogenes* e *Streptococcus pneumoniae* que se mantêm sensíveis a estes antibióticos, na sífilis (neurosífilis, sífilis congênita, sífilis na gestação, em associação à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV), nas profilaxias primária e secundária da febre reumática e da glomerulonefrite pós-estreptocócica¹⁰⁻¹². Portanto, a exclusão destes antibióticos das opções de tratamento deve ser criteriosa, analisando-se inclusive a possibilidade de indução de resistência a antibióticos de maior espectro⁶. Em algumas situações, substitutos adequados podem estar disponíveis; no entanto, a indicação da penicilina é indispensável, tal como no tratamento de endocardite enterocócica, abscesso cerebral, meningite bacteriana, e especialmente frente a quadros de neurosífilis, sífilis congênita, sífilis durante a gestação e sífilis associada à infecção pelo HIV^{11,13-19}.

Além das indicações citadas, incluem-se: infecções do trato respiratório superior (amigdalites, faringites, otites etc.), infec-

¹ Pesquisadora do Laboratório de Investigação Médica em Dermatologia e Imunodeficiências, Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, São Paulo – SP.

² Técnica da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo – Secretaria Estadual da Saúde, São Paulo – SP.

³ Professor do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE.

⁴ Professora do Departamento de Farmácia, Faculdade de Farmácia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE.

ções de tecidos moles (erisipela, impetigo), gangrena gasosa, difteria, actinomicose, antraz e contextos pós-esplenectomia (durante três anos)¹⁰.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é rever o contexto atual do Brasil com relação ao tratamento específico da sífilis na gestação e sífilis congênita, identificando os potenciais fatores que impedem a sua aplicação bem como as estratégias de enfrentamento.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de documentos técnico-científicos disponíveis na literatura a respeito da aplicação da penicilina e dos desafios relacionados com o seu uso. Toma-se como referência principal de estudo o caso da sífilis no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Caso da Sífilis

A sífilis, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, é uma doença de elevada magnitude nos países endêmicos^{18,20-23}. A análise dos dados referentes à sífilis congênita, resultado da transmissão do *T. pallidum* presente no sangue da gestante infectada (não tratada ou inadequadamente tratada) para o feto por via transplacentária, representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil^{11,22,24-26}. Apesar do reconhecimento do agente etiológico há mais de um século, da história natural da doença definida, da existência de métodos diagnósticos disponíveis e do baixo custo e da existência de tratamento efetivo desde os anos 1950¹³, o contexto atual no Brasil revela ainda um grave problema de saúde pública^{11,22} com um cenário pior que o da transmissão vertical do HIV^{11,27,28}.

Em estudo realizado no Brasil, em 2004, em uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade (aproximadamente 20.000 mulheres), observou-se um coeficiente de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e de 0,42% para a infecção pelo HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita por ano (considerando uma taxa de transmissão vertical de aproximadamente 25%)²⁹. Essa prevalência variou de 1,9%, na região Nordeste, a 1,3% na região Centro-Oeste, como um reflexo da estruturação das ações de assistência, vigilância, prevenção e controle²⁹.

Outro fator que eleva a carga dessa doença é a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% de crianças infectadas por *T. pallidum* a partir de mães não tratadas^{27,30}. Quando o diagnóstico não é feito, seqüelas como cegueira, surdez, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e deformidades físicas podem ser observadas^{11,20,21,31-33}.

Desta forma, quando a sífilis é detectada em uma gestante, o tratamento deve ser iniciado de imediato com penicilina^{16,34-36}. É importante que os parceiros sejam também tratados, principalmente para evitar uma possível reinfecção da gestante. Destaca-se a indicação da penicilina para o tratamento da sífilis, pois alternativas não apresentam eficácia comprovada no que se refere à sífilis congênita^{10,19,21,27,34,36-38}. Portanto, o tratamento inadequado da sífilis materna é definido como a aplicação de qualquer

terapia que não tenha a penicilina como o princípio ativo. A terapia com penicilina incompleta e o estabelecimento de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto são também considerados ineficazes¹⁶.

Existe uma clara evidência científica de o tratamento da sífilis materna com penicilina ser efetivo na prevenção da sífilis congênita, apesar das diferentes recomendações em termos do uso da penicilina G benzatina ou procaína^{11,18,39}: a questão mais complexa se refere às potenciais opções terapêuticas para o tratamento^{17,19,25}. Embora a eritromicina seja recomendada em situações específicas¹⁸, sua efetividade é questionável⁴⁰, considerando-se a sua limitada passagem pela barreira transplacentária^{37,41} da mesma forma que a azitromicina⁴², mas também com evidências em estudos de identificação de *T. pallidum* com diferentes graus de resistência a essa classe de antibióticos^{43,44}. O fato é que a prevalência da infecção pelo *T. pallidum* em gestantes e o risco de transmissão dessa bactéria da mãe infectada para o concepto ultrapassa em muito o risco de reação anafilática em gestantes pelo uso da penicilina^{13,21}.

No Brasil, apenas 29.396 casos de sífilis congênita foram notificados ao Ministério da Saúde no período de 1998 a junho de 2005, embora seja de notificação compulsória desde 1986⁴⁵, demonstrando assim o possível sub-registro e subnotificação desse agravo. Ao contrário do esperado, a incidência (surgimento de novos casos) passou de 1,3 caso por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 1,6 caso por 1.000 nascidos vivos em 2004.

Dentre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal e, destas, 57,7% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez com apenas 14,1% de seus parceiros tratados⁴⁶. 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, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez. Em 2005 houve a inclusão da sífilis na gestação como evento de notificação compulsória⁴⁷, justificada por seu elevado coeficiente de prevalência e sua elevada taxa de transmissão vertical, em média de 25% sem o tratamento ou com o tratamento inadequado¹¹.

Por outro lado, no Brasil, entre 1991 e 1999, o coeficiente de mortalidade por sífilis congênita, em menores de 1 ano, manteve-se estável em aproximadamente 4 óbitos por 100.000, quando apresentou tendência decrescente, chegando, em 2004, a 1,7 óbito por 100.000 nascidos vivos⁴⁶. O Brasil é signatário da resolução CE 116.R3, da Organização Pan-Americana de Saúde, de junho de 1995, que recomendou a eliminação da sífilis congênita nas Américas¹². Os indicadores anteriormente apresentados apontam para um problema de grande magnitude e para a necessidade de implementação de ações direcionadas ao efetivo controle da sífilis congênita no país. Essas ações se enquadram entre os objetivos do desenvolvimento do milênio, definidos pela Organização Mundial da Saúde, quando se referem à igualdade entre os gêneros e à autonomia da mulher; a diminuir a mortalidade infantil, a melhorar a saúde materna e a combater a infecção pelo HIV e a aids, bem como outras enfermidades, como a sífilis⁴⁸.

Uma série de fatores contribui para a persistência da sífilis congênita na região das Américas, incluindo a falta de percepção dos formuladores de políticas, gerentes de programas, prestadores de serviços e usuários sobre o problema da sífilis materna e congênita e as suas possíveis consequências; e barreiras de acesso aos serviços de planejamento familiar e de pré-natal bem como o estigma e a discriminação relacionados com as infecções transmitidas sexualmente. Uma das questões identificadas no Brasil é a aplicação do tratamento na rede de atenção do SUS, principalmente na população de gestantes¹².

A Não-Utilização da Penicilina na Rede do Sistema Único de Saúde

Tomando como justificativa a ocorrência de eventos adversos, principalmente de reação anafilática relacionada com o uso da penicilina, em muitos locais no Brasil a aplicação da penicilina não vem sendo realizada^{10,12}. Os argumentos são de que a rede de atenção, principalmente a rede de atenção básica, não tem condições técnicas de manejar anafilaxias. Como consequência, propaga-se na rede a prática do receio da administração parenteral desse antibiótico¹¹.

Na grande maioria das vezes, as reações adversas referem-se a distúrbios neurovegetativos ou reações vasovagais, caracterizados por ansiedade, medo, sudorese, associados à dor ou à possibilidade de sensação dolorosa frente à administração de quaisquer medicamentos parenterais ou de outros procedimentos médicos: esses episódios são corriqueira e erroneamente interpretados como reações anafiláticas⁴⁹. Em estudos internacionais, embora 5% a 20% dos pacientes possam considerar-se como tendo alergia à penicilina⁴⁹, muitas dessas reações são na realidade erupções cutâneas localizadas. Além disso, a erupção cutânea, que é o principal marcador de alergia para a maioria das pessoas, pode estar associada a manifestações da doença tratada ou de outra doença subjacente (como por exemplo, infecções por vírus); bem como ser efeito direto de outro medicamento utilizado de forma concomitante⁴⁹.

Essa situação é potencializada pela estratégia de *marketing* da indústria farmacêutica com novas e potentes “opções” terapêuticas mais “seguras” e menos “dolorosas”, bem como pela fragilidade da formação técnica dos profissionais de saúde no manejo de emergências, dentre elas as anafilaxias.

O resultado desse cenário é que em alguns locais no Brasil são adotadas recomendações técnicas pouco realistas e que acabam limitando a indicação da penicilina, como o encaminhamento de todos os indivíduos que necessitam desse medicamento para unidades hospitalares que tenham serviço de emergência. Diante da dificuldade de acesso a esses serviços, muitas pessoas com indicação de tratamento com penicilina intramuscular acabam não realizando o tratamento ou procurando espaços alternativos para a aplicação, como as farmácias.

Aliada a essas iniciativas, a ampla discussão sobre os riscos relacionados com o uso da penicilina e com a relativização de sua importância frente a outras condições indutoras de anafilaxia em maior frequência, como, por exemplo, picadas de insetos e outros medicamentos¹⁰, deve ser estimulada.

No caso de gestantes, amplia-se ainda mais a rejeição para a administração da penicilina.

Riscos Associados ao Uso de Penicilina?

Logo após o amplo uso da penicilina, reconheceu-se que a alergia a este antibiótico era um efeito colateral a ser considerado^{7,9,51-53}. Entretanto, revendo os estudos de alergia à penicilina, um problema que se depara é a imprecisão da história clínica^{53,54}. Assim, nestes últimos 60 anos, tais questões, como a prevalência de alergia à penicilina em pacientes que podem ter tido uma reação prévia, não foram respondidas adequadamente⁵³. Apter define que a alergia à penicilina é uma manifestação mórbida em certo grupo de pacientes sujeitos a uma toxina potencial aplicada por um vetor, o médico. Este fato deve ser necessariamente encarado como uma questão de saúde pública.

Em muitos países, a amoxicilina é o betalactâmico mais comumente administrado, representando mais de 80% das prescrições. Portanto, parece razoável que este antibiótico seja o mais comumente envolvido nas reações alérgicas⁵⁴. Entretanto, após a dose terapêutica inicial da penicilina, na sífilis recente poderá surgir a reação febril de Jarisch-Herxheimer, com exacerbação das lesões cutâneas e evolução espontânea em 12 a 48 horas. Geralmente exige apenas cuidado sintomático e não se justifica a interrupção do esquema terapêutico: essa reação não significa hipersensibilidade, mas todo paciente com sífilis submetido à terapêutica com penicilina deve ser alertado quanto à possibilidade de desenvolver tal reação^{19,25,26}.

Na literatura, a frequência de reações de hipersensibilidade observada varia de 0,7% a 10% dos pacientes tratados com penicilina^{9,53,55,56}. De uma forma geral, aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados referem uma história de alergia a estes medicamentos, no entanto, muitos desses casos foram incorretamente diagnosticados, como discutido anteriormente.

Esse grupo de medicamentos é capaz de determinar todos os tipos de reações de hipersensibilidade, mas é importante destacar que as reações anafiláticas, as mais graves, ocorrem em um número muito reduzido de pessoas, com frequência estimada de 0,04% a 0,2% e taxa de letalidade ao redor de 0,001% (1 em cada 50.000 a 100.000 tratamentos)⁵⁵.

Apter *et al.* (2004) avaliaram as reações com a represcrição da penicilina no Reino Unido em pacientes que receberam, pelo menos, duas prescrições de penicilina em um período de cerca de 60 dias⁵⁴. Aproximadamente 0,2% dos pacientes desenvolveram um evento sugestivo de alergia na primeira prescrição e este fato resultou no não tratamento por esse medicamento em 20% dos indivíduos. Entretanto, 60% da população receberam um novo tratamento de penicilina e a reação ocorreu em 0,45%. A anafilaxia ocorreu em 8:1.000.000 na primeira prescrição e 16:1.000.000 na segunda ocasião: conclui-se, portanto, que o risco de um novo evento é um pouco maior em quem apresentou reação anterior⁵⁴.

Um grande número das reações a medicamentos é presumida como de natureza alérgica, mas, na realidade, não são. Ainda, há múltiplos mecanismos de alergia a drogas, resultando em alguma complexidade e confusão^{57,58}. Quase 75% dos pacientes que procuram um médico por uma reação diagnosticada como alergia a

medicamentos não apresentam alergia, entretanto, esta relação é o oposto com relação ao choque anafilático^{57,58}.

As Bases do Conhecimento Atual sobre a Alergia à Penicilina

As penicilinas foram os antibióticos mais estudados e por esta razão a sua imunquímica é muito conhecida. Todas as penicilinas contêm os anéis betalactâmicos e a tiazolidina. Além disso, cada grupo pode ser reconhecido pela natureza de sua cadeia lateral R. Enquanto a maioria das outras drogas haptênicas, tais como as sulfonamidas, deve ser metabolizada para reagir com proteínas e formar complexos imunogênicos, a penicilina é intrinsecamente reativa por causa de seu anel betalactâmico. Devido à sua instabilidade, este anel rapidamente se abre, permitindo que o grupo carbonil forme ligações amidas com grupos amino de resíduos de lisina em proteínas próximas⁵⁴. Como aproximadamente 95% das moléculas de penicilina ligam-se a proteínas desta forma, o determinante antigênico formado, benzilpeniciloil, foi denominado de determinante principal. Após sua identificação, determinantes peniciloil foram ligados a um carreador polilissina fracamente imunogênico para formar a peniciloil polilissina, que é disponível comercialmente para a realização de testes alérgicos. Além do determinante peniciloil, vários outros determinantes menores são formados, e estes foram associados a respostas IgE mediadas.

As reações de hipersensibilidade ao uso da penicilina dependem do uso prévio (sensibilização) da medicação. As reações de hipersensibilidade às penicilinas podem ser divididas em:

- a) Reações imediatas: ocorrem em até 20 minutos após a administração de penicilina por via parenteral e, em até 1 hora, quando por via oral. Constituem-se de: urticária, prurido difuso, rubor cutâneo e, em menor frequência, as mais graves são edema laríngeo, arritmia cardíaca e choque. São reações mediadas por IgE e, em cerca de 95% dos casos, dirigidas contra os determinantes antigênicos menores da penicilina. É importante lembrar que a erupção cutânea, que é o principal marcador de alergia para a maioria das pessoas, pode estar associada a manifestações da doença tratada ou de outra subjacente (virose etc.); bem como ser efeito direto de outro medicamento de uso concomitante;
- b) Reações aceleradas: ocorrem entre 1 e 72 horas após a administração de penicilina e traduzem-se por urticária ou angioedema, edema laríngeo e, em raras ocasiões, hipotensão e morte. Ocorrem em 95% dos casos devido aos anticorpos contra os determinantes antigênicos principais da penicilina.
- c) Reações tardias: são as mais comuns, ocorrendo após 72 horas e observam-se erupções cutâneas benignas, morbiliformes e de boa evolução e, menos frequentemente, reações não-cutâneas, como febre, doença do soro-símile, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade. O mecanismo fisiopatológico desse processo ainda não é totalmente conhecido.

Alguns fatores individuais têm sido relacionados com o desenvolvimento de reações de hipersensibilidade à penicilina,

como a ligação do hapteno à proteína do hospedeiro, o mecanismo de regulação da resposta das células T e B na produção de anticorpos e a maior frequência de reações cutâneas em mulheres que em homens. A história de atopia não predispõe os indivíduos à alergia à penicilina, porém, os atópicos sensíveis à penicilina apresentam maior risco de reações anafiláticas graves.

A infecção por HIV, Epstein-Barr (EBV) e citomegalovírus (CMV) e a leucemia linfóide aguda aumentam o risco de exantema máculo-papular induzido pela penicilina. As reações à penicilina ocorrem menos frequentemente em indivíduos idosos que em adultos jovens (20 a 49 anos de idade). A queda mais rápida em crianças em adultos dos títulos de anticorpos IgE antipenicilina pode explicar seu menor risco de reações alérgicas às drogas. Pacientes com reação prévia à penicilina apresentam maior risco de reação às penicilinas. A sensibilização às penicilinas pode ocorrer em consequência de outros tipos de exposição, como ingestão de leite ou carne contaminados por penicilina natural, inalação de partículas de penicilina em suspensão no ar ou, ainda, infecções fúngicas cujos produtos induzem reações cruzadas com as penicilinas.^{10,53}

Como Fazer o Diagnóstico de Alergia à Penicilina?

A realização de testes cutâneos de hipersensibilidade imediata é o método mais conveniente e adequado para avaliar a alergia à penicilina. Os testes cutâneos não têm valor preditivo para a ocorrência de reações não-imediatas, como exantema tardio, febre, anemia hemolítica, síndrome de Stevens-Johnson, doença do soro ou nefrite intersticial.

Considerando-se que as reações imediatas ocorrem predominantemente pelos determinantes menores (95%), a realização dos testes alérgicos com estes produtos permitirá evitar as reações anafiláticas mais temidas em indivíduos sensibilizados. Para tanto, foi comprovadamente eficaz a utilização da penicilina G na concentração de 10.000 U/mL, como alternativa a mistura de determinantes menores (MDM)⁵⁹. Pode-se preparar uma solução estoque ou uma solução de preparo diário.

Os testes cutâneos falso-positivos e falso-negativos são comuns. A incidência de testes cutâneos positivos entre pacientes com história negativa (falso positivo) é baixa, de 7% ou menos. A incidência de reações aceleradas ou imediatas em pacientes com história positiva e testes cutâneos negativos (falso-negativo) é provavelmente menor que 1%⁵⁰.

Os testes cutâneos de punção (*prick test*) são realizados inicialmente em pacientes com suspeita de alergia a penicilina. Uma gota do extrato para teste (MDM ou BPO) é colocada no antebraço do paciente a ser testado e o contato deste antígeno é feito por uma punção superficial feita com uma agulha ou um punter descartável. A leitura da reação é feita após 15 a 20 minutos do contato, medindo-se a pápula formada no local. Para o controle da reação, utiliza-se o soro fisiológico, pois alguns indivíduos apresentam dermatografismo, formando pápulas na ausência de sensibilidade ao extrato testado. Caso este teste resulte negativo, pode-se avaliar a sensibilização com o teste intradérmico, injetando-se de 0,01 a 0,02 mL na face anterior do antebraço (mesmo preparado que para o teste de punção), observando-se a reação

após 15 a 20 minutos. Se houver dúvida sobre a resposta do teste, a provocação com a penicilina oral pode ser feita⁵⁰.

Após a injeção de penicilina, o paciente deve permanecer sob observação por pelo menos 30 minutos. Os portadores de doença cardíaca congestiva e os portadores de doença arterioesclerótica coronariana apresentam risco de reações anafiláticas mais graves (disritmias, diminuição das forças de contração ventricular e infarto agudo do miocárdio) e para utilizar penicilinas injetáveis devem ser encaminhados para serviços de referência de maior complexidade⁵². Se houver sintomas de asma, deve ser utilizada a solução de cloreto de sódio 0,9% e fenoterol, conforme especificado a seguir.

O sucesso do tratamento, bem como a prevenção de complicações mais graves, depende fundamentalmente do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que caracterizam o quadro clínico e da rápida implementação e execução de medidas terapêuticas apropriadas.

Como Manejar as Reações Anafiláticas?

A anafilaxia é uma emergência médica aguda que requer a instituição de um tratamento adequado^{11,52,54,56}. O tratamento da anafilaxia é direcionado para as manifestações cutâneas (angioedema, urticárias); as dificuldades respiratórias (estridor, laringoedema, laringoespasma e broncoespasmo) e a hipotensão. A epinefrina (adrenalina) é a droga mais importante e inicial no manejo da anafilaxia e deve ser administrada por via intramuscular a todos os pacientes com manifestações sistêmicas de anafilaxia, tais como dificuldade respiratória e hipotensão (solução de epinefrina 1: .000, 0,3 a 0,5 mL em adultos e 0,01 mL/kg até o máximo de 0,3 mL em crianças, com intervalos de 15 a 20 minutos entre as doses, com um máximo de três doses). Os anti-histamínicos, antagonistas H₁ e H₂ têm papel adjuvante no tratamento da anafilaxia, especialmente quando estão presentes: hipotensão, distúrbios cardíacos, obstrução de vias aéreas superiores, urticária, angioedema e hipersecreção brônquica (prometazina injetável: 0,25 a 1 mg/kg a cada 12 horas, intramuscular ou endovenoso, diluído a 25 mg/min). Os corticosteróides, por sua vez, podem produzir o risco de recorrência ou de prolongamento da anafilaxia. Suprimem a progressão da urticária e do angioedema associados à anafilaxia, mas o estabelecimento da ação se dá após 4 a 6 horas da primeira dose^{10,11}.

Se o paciente apresentar hipotensão deve ser imediatamente colocado em posição deitada com as pernas elevadas. Caso o problema dominante seja a dificuldade respiratória, deve ser assegurada uma adequada oxigenação, mantendo o paciente em decúbito dorsal, com o pescoço em extensão. Deve ser administrado oxigênio úmido por máscara (100% – 4 a 6 L/min), com a finalidade de manter boa oxigenação tissular, prevenindo assim a fibrilação ventricular e o sofrimento cerebral, se houver sintomas de asma, deve ser utilizada a solução de cloreto de sódio 0,9% (3 mL) e fenoterol (solução para a inalação 0,5 – 1 gota/5 kg de peso, máximo de 8 gotas), repetir até duas vezes, com intervalo de 20 a 30 minutos.

A epinefrina por nebulização (epinefrina – 1:1.000, 2,5 a 5 mL em adulto ou 0,1 mg/kg em crianças, diluídos para nebuliza-

ção) é uma alternativa à epinefrina intramuscular em edema laríngeo leve a moderado.

Se os medicamentos da terapêutica inicial não forem efetivos para o choque, fluidos intravenosos devem ser utilizados para restaurar a perda de líquido para o espaço extravascular: cloreto de sódio 0,9% ou Ringer lactato endovenoso 1.000 a 2.000 mL.

Toda reação leve/moderada à penicilina deve ser manejada pelos serviços de atenção básica que devem dispor de pessoal capacitado para o diagnóstico, tratamento, bem como de material necessário a sua abordagem. Os casos mais graves de anafilaxia à penicilina deverão ser diagnosticados pelas unidades de saúde da atenção básica, e após as medidas iniciais, ser encaminhados para os serviços de referência estabelecidos. Deve-se salientar que além da penicilina, as Unidades Básicas de Saúde administram medicamentos capazes de causar reação anafilática, tais como vacinas e antitérmicos, além de atenderem situações como crises asmáticas ou reações alérgicas alimentares ou a picadas de insetos.

Comentários Finais: Relativização da Questão da Alergia à Penicilina

Algumas questões responsabilizadas pela não-aplicação da penicilina devem ser enfatizadas e sistematizadas:

- O risco de utilização de penicilina supera os benefícios de sua utilização?* A penicilina é um medicamento de baixo custo e eficaz no tratamento de certas situações clínicas previamente apresentadas e a substituição por outras drogas pode resultar em prejuízo terapêutico.
- A frequência de eventos alérgicos graves à penicilina é muito elevada?* A maioria das reações alérgicas manifesta-se por quadros cutâneos. Os quadros de choque anafilático ocorrem com uma estimativa de 1 em 100.000 aplicações de penicilina.
- Existem alternativas seguras para o seu uso?* Em muitas das indicações de uso da penicilina, a substituição por outros antibióticos pode ser feita; entretanto, esta troca certamente resulta no tratamento inadequado da sífilis na gestação e, conseqüentemente, ocorrência de sífilis congênita.
- É seguro administrar cefalosporinas em pacientes que apresentam história de alergia à penicilina?* As cefalosporinas podem causar reação alérgica em paciente previamente sensibilizado à penicilina, entretanto, estima-se que a chance de reação cruzada seja alta. Recentemente, observou-se que esta ocorrência pode ser menor que 10% dos casos.
- A história de alergia à penicilina determina e define o uso de penicilina?* A maioria dos relatos de alergia à penicilina não está associada a este processo. Quando há referência a reações graves decorrentes do uso de drogas betalactâmicas, este fato pode ser mais relevante para uma nova ocorrência de anafilaxia. A sensibilização à penicilina pode ocorrer por via inalatória ou por produtos que receberam este medicamento no seu preparo; portanto, é muito difícil se prever um contato prévio com este antibiótico.
- Há a necessidade de aplicação do teste de sensibilidade à penicilina?* O teste de penicilina deve ser utilizado antes da administração da penicilina em pacientes que relatam alergia: não se trata de um teste obrigatório para que a penicili-

na seja administrada. Recomenda-se a observação do paciente por um período de cerca de 30 minutos após a administração do medicamento, caso ocorra uma reação alérgica imediata.

- g) *Qual é a incidência de ressensibilização depois de um teste de sensibilidade à penicilina negativo em um paciente com uma história positiva de alergia à penicilina que é tratado com penicilina?* Os testes para o diagnóstico da alergia devem ser realizados antes do uso do medicamento, entretanto, pacientes que recebem profilaxia de febre reumática não desenvolvem ressensibilização a cada administração.
- h) *O manejo da anafilaxia necessita de condições operacionais e técnicas ainda não disponíveis ou não-utilizadas ou inadequadamente utilizadas na grande maioria dos serviços da rede de atenção básica e secundária no SUS.* Há necessidade de se rever o atendimento básico de saúde, pois o atendimento inicial de urgência a reações alérgicas também administra outros medicamentos e realiza a imunização de pacientes – situações estas que também podem estar relacionadas com reações alérgicas.
- i) *Diante de um caso com relato de história de alergia à penicilina e que necessita de um tratamento com um medicamento betalactâmico, o que fazer?* Há vários esquemas de dessensibilização a medicamentos e pode ser realizado em centros especializados com o cuidado de atendimento de emergência adequado.
- j) *Como manejar o tratamento com penicilina em gestantes?* Como orientação para o adequado tratamento da sífilis durante a gestação, recomenda-se^{10,63}: 1) Identificar a gestante com sífilis e avaliar a história de reação à penicilina. 2) Se a gestante não apresentar reação prévia à penicilina, indicar o tratamento com penicilina preconizado pelo Ministério da Saúde^{11,12,50,64,65}. 3) Se a gestante tiver história de reação não grave à penicilina, realizar teste de punctura. 3.1) Se o teste de punctura for negativo, submeter ao teste intradérmico (ID). Se o teste ID for negativo, tratar com penicilina. Se o teste ID for positivo, proceder à dessensibilização oral em ambiente hospitalar, equipado para procedimentos de emergência e, a seguir, tratar com penicilina. 3.2) Se o teste de punctura for positivo, proceder à dessensibilização oral⁵⁰, a seguir, tratar com penicilina. 4) Se a gestante tiver história pesquisada e confirmada de reação grave à penicilina, não fazer testes de punctura ou ID, nem dessensibilização. O tratamento será alternativo com o estearato de eritromicina. Como essa alternativa terapêutica não é eficaz no que se refere ao controle da transmissão para o feto/recém-nascido, ao nascimento, considerar a criança como portadora de sífilis congênita e proceder ao tratamento da mesma com penicilina^{11,12,63}.

CONCLUSÃO

A penicilina é a droga de primeira escolha para o tratamento da sífilis na gravidez^{11,12,39}; muitos a consideram o único tratamento adequado e, em caso de alergia, recomendam a dessensibilização⁴⁴ em vez de a substituição pela eritromicina não-estolato,

que é mais comum. É um medicamento seguro, estando incluído na categoria B de risco para o uso na gestação, segundo a *Food and Drug Administration* (FDA). Dado o elevado risco de transmissão vertical (em média 25%), e a reconhecida morbi-mortalidade associada à sífilis congênita, os riscos de manifestações alérgicas devem ser enfrentados com os cuidados necessários, mas sem que isso impeça o emprego do tratamento efetivo.

Considerando-se a sensível diminuição da prescrição e da administração de penicilinas, especialmente das injetáveis, uma série de problemas de saúde pública vem sendo amplificada. Aliado ao aumento da incidência de sífilis congênita, outros eventos cujo tratamento de escolha é a penicilina benzatina (como a febre reumática) vêm trazendo importantes impactos. A penicilina é um medicamento essencial, referendado pela Organização Mundial da Saúde, e que deve entrar no contexto geral do plano terapêutico racional com antimicrobianos, nas condições em que seu uso for indicado.

Torna-se necessário promover uma ampla discussão dessas questões, possibilitando a participação efetiva da comunidade técnico-científica, sociedades médicas, profissionais de saúde e gestores do SUS na sua formulação.

Nessa perspectiva, o Brasil está priorizando e investindo nas políticas de incentivo à qualificação do pré-natal, com disponibilização de testes diagnósticos e tratamento para os agravos identificados – a sífilis é um dos agravos prioritários. Como elemento fundamental para seu enfrentamento, as ações de prevenção precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, sejam elas realizadas em unidades básicas de saúde ou em serviços de referência. O Brasil tem como ações de controle a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal e o tratamento oportuno¹¹.

Todas essas iniciativas demandam um aprimoramento da vigilância epidemiológica da sífilis na gestação, que tem o objetivo de controlar a transmissão vertical do *T. pallidum* e acompanhar o comportamento da infecção entre gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle.

O reconhecimento da dificuldade referente ao uso da penicilina é evidenciado quando da adoção de manuais técnicos e de portarias específicas que tratam da questão do uso da penicilina⁶³.

A questão do uso da penicilina deve ser abordada diretamente, quebrando-se certos conceitos erroneamente estabelecidos que distorcem e influenciam o não uso ou o uso inadequado deste importante meio de intervenção para o controle da sífilis e, também, de doenças como a febre reumática. Os aspectos apresentados e discutidos de forma objetiva neste texto têm como principal finalidade trazer questões ainda não resolvidas e que resultam em desafios para a saúde pública^{66,67}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleming A. On the antibacterial action of cultures of a penicillium, with special reference to their use in the isolation of *B. influenzae*. Br J Exp Path 1929; 10: 226-36.
2. Chain E, Florey HW, Gardner AD, Heatley NG, Jennings MA, Orr-Ewing J et al. Penicillin as a chemotherapeutic agent. Lancet 1940; 2: 226-8.
3. Abraham EP, Chain E, Fletcher CM, Gardner AD, Heatley NG, Jennings MA et al. Further observations on penicillin. Lancet 1941; 2: 177-88.
4. Ratcliff J D. Yellow magic. The history of penicillin. New York: Random House; 1945.
5. Susser M, Susser E. Um futuro para a epidemiologia. In: Almeida Filho N, Barreto ML, Veras RP, Barata RB, organizadores. Teoria Epidemiológica

- Hoje: Fundamentos, Interfaces e Tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1998.
6. Gardella C. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: Treatment Options. *Current Treatment Options in Infectious Diseases* 2003; 5: 53-61.
 7. Mendelson LM. Adverse Reactions to β -lactam antibiotics. *Immunol Allergy Clin N Am* 1998; 18:745-57.
 8. Cetinkaya F, Cag Y. Penicillin sensitivity among children without a positive history for penicillin allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15: 178-80.
 9. Thethi AK, Dellen RGV. Dilemmas and controversies in penicillin allergy. *Immunol Allergy Clin N Am* 2004; 24: 445-61.
 10. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Instrução Técnica para a Prescrição e a Utilização de Penicilinas e Prevenção da Sífilis Congênita. São Paulo; 2004.
 11. Ministério da Saúde. Manual de Sífilis Congênita. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2005.
 12. Portaria n. 156. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2006, 20 jan.
 13. Ingraham NR. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol Suppl* 1951; 24: 60-88.
 14. Ikeda MK, Jensen HB. Evaluation and treatment of congenital syphilis. *J Pediatr* 1990; 117: 843-52.
 15. Azimi PH, Janner D, Berne P, Fulroth R, Lvoff V, Franklin L et al. Concentrations of procaine and aqueous penicillin in the cerebrospinal fluid of infants treated for congenital syphilis. *J Pediatr* 1994; 124: 649-53.
 16. Sánchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol* 1997; 24:71-90.
 17. Alexander JM, Sheffield JS, Sanchez PJ, Mayfield J, Wendel GD. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 5-8.
 18. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003.
 19. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *The Cochrane Library*, Issue 4; 2006.
 20. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12: 187-209.
 21. Wendel GD, Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Ramsey PS, Sanchez PJ. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. *Clin Infect Dis* 2002; 35 Suppl 2:S200-9.
 22. Hook EW, Peeling RW. Syphilis Control – A Continuing Challenge. *N Engl J Med* 2004; 351: 122-4.
 23. World Health Organization. Sexually transmitted and other reproductive tract infections – A guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
 24. Carey JC. Congenital Syphilis in the 21st Century. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3: 299-302.
 25. Berman SM. Maternal Syphilis: Pathophysiology and Treatment. *Bull World Health Organization* 2004; 82:433-8.
 26. Lafond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 2006; 19: 29-49.
 27. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organization* 2004b; 82: 439-46.
 28. Peeling RW, Mabey D, Fitzgerald Watson-Jones D. Avoiding HIV and Dying of Syphilis. *Lancet* 2004a; 364: 1561-3.
 29. Szwarcwald CL. Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinelas Parturiente 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2004. http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/7BBDD562E2-6074-4FF5-AD12-49809803C2B5%7D/relatorio_2004_sentinelas_parturiente.pdf. Acessado em 19/Mai/2006.
 30. Mabey D, Peeling RW, Ustianowski A, Perkins MD. Diagnostics for the developing world. *Nat Rev Microbiol* 2004; 2: 231-40.
 31. Stoll BJ. Congenital syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic tests for syphilis. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 845-53.
 32. Evans HE, Frenkel LD. Congenital syphilis. *Clin Perinatol* 1994; 21: 149-62.
 33. Ingall D, Sanchez PJ, Musher DM. Syphilis In: Remington JS, Klein JO, editors. *Infectious diseases of the fetus & newborn*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001. p. 643-81.
 34. Sheffield JS, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42:97-106.
 35. Mehmet G, William L. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect* 2000; 76:73-9.
 36. Rgberman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organization* 2004; 82: 433-8.
 37. Philipson A, Sabath LD, Charles D. Transplacental passage of erythromycin and clindamycin. *N Engl J Med* 1973; 288: 1219-21.
 38. Michelow IC, Wendel Jr GD, Norgard MV, Zeray F, Leos NK, Alsaadi R et al. Central nervous system infection in congenital syphilis. *N Engl J Med* 2002; 346: 1792-8.
 39. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51: 1-78.
 40. Mascola L, Pelosi R, Alexander CE. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 945-57.
 41. Heikkinen T, Laine K, Neuvonen PJ, Ekblad U. The transplacental transfer of the macrolide antibiotics erythromycin, roxithromycin and azithromycin. *BJOG* 2002; 107: 770-5.
 42. Rekart ML, Patrick DM, Chakraborty B, Maginley JLL, Jones HD, Bajdik CD et al. Target mass treatment for syphilis with oral azithromycin. *Lancet* 2003; 361: 313-4.
 43. Klausner JD, Engelman J, Lukehart SA, Berman SM, Mitchell SJ. Azithromycin treatment failures in syphilis infections – San Francisco, California, 2002-2003. *MMWR* 2004; 53: 197-8.
 44. Lukehart SA, Gordones C, Molini BJ, Sonett P, Hopkins S, Mulcahy F et al. Brief Report: Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland. *N Engl J Med* 2004; 351-4.
 45. Portaria n. 542. Inclui doenças à relação de notificação compulsória. *Diário Oficial da União* 1986, 24 Dez.
 46. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano II – nº 1 – 01ª a 26ª Semana Epidemiológica de 2005; janeiro a junho de 2005. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2005. <http://www.aids.gov.br> (Acessado em 03/Mar/2006).
 47. Portaria n. 33. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. *Diário Oficial da União* 2005, 15 Jul.
 48. United Nations. General Assembly. United Nations Millennium Declaration – A/RES/55/2. New York: United Nations; 2000.
 49. Robinson JL, Hameed T, Carr S. Practical aspects of choosing an antibiotic for patients with a reported allergy to an antibiotic. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 26-31.
 50. Ministério da Saúde. Testes de Sensibilidade à Penicilina – Manual. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.
 51. Boguniewicz M, Leung YM. Hypersensitivity reactions to antibiotics commonly used in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 221-31.
 52. Johnson RF, Pebles Jr. S. Anaphylactic shock: pathophysiology, recognition, and treatment. *Semin Respir Crit Care Med* 2004; 25: 695-703.
 53. Josephson AS. Penicillin allergy: a public health perspective *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 605-6.
 54. Apter AJ, Kinman JL, Bilker WB, Herlim WB, Herlim M, Margolis DJ, Lautenbach E, Hennessy S, Strom BL. Represcription of penicillin after allergic-like events. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 764-70.
 55. International Rheumatic Fever Group. Allergic reactions to long term benzathine penicillin prophylaxis for rheumatic fever. *Lancet*, 1991;337: 1308-10.
 56. Greenberger PA. Drug allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2006; 117(2 Suppl):S464-70.
 57. Demoly P, Bousquet J. Epidemiology of drug allergy. *Curr Opin Allergy Immunol* 2001;1: 305-10.
 58. Gruchalla RS. Drug allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2003;11:S548-59.
 59. Sarti W, Donadi EA. Reações alérgicas à penicilina. *Medicina*. Ribeirão Preto 1995; 28: 514-28.
 60. Macy E, Mangat R, Burchette RJ. Penicillin skin testing in advance of need: multiyear follow-up in 568 test results-negative subjects exposed to oral penicillins. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111:1111-1115.
 61. Nugent JS, Quinn JM, McGrath CM, Hrcir DE, Boleman WT, Freeman TM. Determination of the incidence of sensitization after penicillin skin testing. *Ann Allergy, Asthma Immunol* 2003; 90:398-403.
 62. Torres MJ, Sánchez-Sabaté E, Alvarez J, Mayorga C, Fernández J, Padial A et al. Skin test evaluation in nonimmediate allergic reactions to penicillins. *Allergy* 2004; 59: 219-24.
 63. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 64. Ministério da Saúde. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, Secretaria de Políticas de Saúde,

- Ministério da Saúde; 1997. <http://aids.gov.br/uvad/eliminacao.htm>. Acessado em 22/Mar/2006.
65. Ministério da Saúde. Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1993.
66. Ramos Jr. AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/Aids e descompasso na sífilis congênita. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: S370-S378.
67. Ministério da Saúde. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2007.

Endereço para correspondência:**ANETE SEVCIOVIC GRUMACH**

Laboratório de Investigação Médica em Dermatologia e Imunodeficiências, Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 500 prédio II, 3º andar, C. César
CEP: 05403-000 – São Paulo, SP – Brasil

Telefone: (+55 11) 3066-7499 – Fax: (+55 11) 3081-7190

E-mail: grumach@usp.br

Recebido em: 10/10/2007

Aprovado em: 12/12/2007

RESULTADOS DO ESTUDO SENTINELA-PARTURIENTE, 2006: DESAFIOS PARA O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

RESULTS OF THE SENTINEL SURVEILLANCE PROJECT, 2006: CHALLENGES FOR THE CONTROL OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL

Célia L Szwarcwald¹, Aristides Barbosa Junior², Angélica E Miranda³, Leidijany C Paz⁴

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência de HIV e sífilis em parturientes e a cobertura dos testes de HIV e sífilis na gestação com base em informações registradas nos cartões de pré-natal e nos prontuários hospitalares. **Métodos:** o processo de amostragem foi probabilístico, em dois estágios de seleção. No primeiro, foram selecionadas 150 maternidades do SUS, estratificadas por porte populacional do município. Em cada maternidade, foram selecionadas 100 a 120 parturientes. A cobertura de sífilis foi estimada entre as parturientes que realizaram dois testes na gestação e um na hora do parto. A taxa de prevalência de sífilis foi estimada entre as parturientes que realizaram o teste na hora do parto. **Resultados:** somente 14,1% das parturientes obedeceram às recomendações de dois testes de sífilis durante a gestação e um no parto. O percentual de gestantes que apresentaram pelo menos um teste no cartão de pré-natal foi de 75,1%, porém apenas 16,9% apresentaram os resultados dos dois testes. Das parturientes que realizaram o teste no parto, 1,1% teve resultado positivo. Entre as mulheres que haviam feito o primeiro teste no pré-natal e obtiveram resultado negativo, 0,4% teve resultado positivo no segundo teste. Entre as gestantes que não fizeram atendimento pré-natal, 1,8% teve resultado positivo na hora do parto. **Conclusão:** a baixa cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal indica que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas rotineiramente. Os achados aqui apresentados indicam a necessidade de realização do segundo teste de sífilis no pré-natal para o adequado controle da transmissão vertical.

Palavras-chave: sífilis congênita, estudo sentinela, taxa de prevalência, cobertura, atendimento pré-natal, DST

ABSTRACT

Objective: estimating HIV and syphilis prevalence rates among parturient women and coverage of HIV and syphilis testing during pregnancy by means of registered information in prenatal and hospital records. **Methods:** the sampling was probabilistic in two selection stages. In the first one, 150 hospitals were selected, stratified by population size of the municipality. In each health establishment, 100-120 parturient were randomly selected. Coverage of syphilis testing was estimated among parturient women who took two syphilis tests during prenatal care and one test at delivery. Syphilis prevalence rate was estimated among parturient women tested at the delivery. **Results:** only 14.1% of the women followed the recommendations of two syphilis tests during pregnancy and one at the delivery. The percentage of pregnant women with at least one syphilis test registered in the prenatal record was 75.1% but only 16.9% showed two test results. Among pregnant women that were tested at delivery, 1.1% had positive results. Among women that were tested during prenatal care and were negative, 0.4% got positive in the second test. Among women who did not have prenatal care and were tested at delivery, 1.8% had positive results. **Conclusion:** the low coverage of the second syphilis test indicates that the Ministry of Health recommendations are not being obeyed in the routine of health services. The findings depicted indicate the need of the second syphilis test during pregnancy for the adequate vertical transmission control.

Keywords: congenital syphilis, sentinel surveillance, prevalence rate, coverage, prenatal care, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual, sendo ainda um importante problema de saúde pública em vários países do mundo^{1,2}. A sífilis, durante a gestação, tem sérias implicações para a mulher e seu conceito, podendo causar o abortamento, a morte intra-uterina, o óbito neonatal ou deixar seqüelas graves nos recém-nascidos^{3,4}. A transmissão do *Treponema pallidum* faz-se da gestante infectada para o conceito, por via transplacentária, em qualquer momento da gestação⁵.

Os órgãos de assistência à saúde recomendam que o teste da sífilis seja oferecido a todas as gestantes nos primeiros estágios da gravidez^{6,7}. Entretanto, a sífilis permanece uma complicação comum na gravidez apesar de testes diagnósticos baratos e acurados estarem disponíveis no mercado e da persistente sensibilidade do *Treponema pallidum* à penicilina⁸.

No Brasil, a sífilis congênita mostra-se como um evento de alta magnitude e ainda apresenta indicadores desfavoráveis em termos do seu controle, gerando a necessidade de uma prioridade política para a sua abordagem. Em 1986, a sífilis congênita tornou-se de notificação compulsória no Brasil⁹. Embora a notificação dos casos não se aproxime do número real de casos, entre os anos de 1998 e 2006 foram notificados cerca de 36.000 casos da doença. Com o aumento progressivo da notificação, a incidência passou de 1,3 caso por 1.000 nascidos vivos, em 2000, para 1,7 caso por 1.000 nascidos vivos, em 2005. Entre os casos notificados em 2005, 79,8% das mães realizaram pré-natal. Destas, 53,8% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 13,2% tiveram os seus parceiros tratados¹⁰. Em 2005 observou-se uma taxa de mortalidade de 2 óbitos por 100.000 menores de 1 ano, demonstrando ainda um insuficiente controle do agravo em todo o território nacional¹⁰.

Um componente importante para a vigilância das infecções sexualmente transmissíveis é o monitoramento da taxa de prevalência, que pode ser realizado em populações definidas como, por exemplo, as gestantes. Os dados obtidos são utilizados para o planejamento dos programas de prevenção e assistência¹¹.

¹Pós-Doutorado – Pesquisador Titular da Fundação Oswaldo Cruz.

²Mestre – Assessor Técnico do Programa Nacional de DST e Aids.

³Doutorado – Professora Adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo.

⁴Especialização – Assessora Técnica do Programa Nacional de DST e Aids.

No Brasil, o monitoramento da taxa de prevalência de sífilis na gestação tem sido realizado por meio de estudos-sentinela em parturientes, nos estabelecimentos de saúde de internação para o parto. No período de 2000 a 2006, o estudo foi bienal, sendo conduzido mediante o uso de amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde¹²⁻¹⁴. Apesar das mudanças na metodologia, sobretudo no que se refere ao processo de seleção probabilística dos estabelecimentos de saúde, o estudo mantém o nome original de “Estudo Sentinela-Parturiente”. Além da estimação da taxa de prevalência de sífilis, o atual estudo tem também o objetivo de monitorar a cobertura da detecção de sífilis na gestação e o seguimento das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, relacionadas com a realização de testes no pré-natal e no parto^{15,16}.

A cada dois anos, o PN DST e Aids conduz o Estudo Sentinela-Parturiente, envolvendo a seleção de uma amostra, o treinamento de pessoal dos estabelecimentos de saúde selecionados e a elaboração dos testes de HIV e sífilis na hora do parto a partir da coleta de sangue de todas as parturientes selecionadas na amostra.

OBJETIVO

Tendo em vista os gastos na execução do projeto em âmbito nacional e as dificuldades envolvidas na coleta e no transporte do sangue, muitas vezes repetindo os testes já feitos durante a gestação, no ano de 2006, elaborou-se proposta metodológica para estimar a prevalência de HIV e sífilis em parturientes com base em dados secundários, mediante a sistematização de informações que são coletadas rotineiramente nas maternidades do SUS. Apresentam-se, neste artigo, o detalhamento da proposta metodológica e os principais resultados relativos à cobertura dos testes de sífilis na gestação.

MÉTODOS

Na nova proposta metodológica do Estudo Sentinela-Parturiente propôs-se a agregação e a sistematização das informações sobre os testes de HIV e sífilis registradas nos cartões de pré-natal, quando disponíveis, bem como as registradas nos prontuários hospitalares, em uma amostra de parturientes selecionada para tal fim. A proposta foi desenvolvida sob a forma de projeto de pesquisa pelo PN DST e Aids em conjunto com o Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (CICT/FIOCRUZ), e foi financiado pela UNICEF e pelo CDC-GAP, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz.

1. Amostra

A determinação do tamanho da amostra foi baseada em obter a estimativa da taxa de prevalência do HIV em gestantes, no Brasil, parâmetro que requer o maior tamanho de amostra para a sua estimação. Levando em conta a estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV em 2004¹⁴, o tamanho de amostra necessário foi calculado em 16.000 gestantes, aproximadamente.

O processo de amostragem foi probabilístico em dois estágios de seleção. No primeiro estágio, foram selecionadas 150 maternidades do SUS, sendo considerados elegíveis os estabelecimentos de saúde com mais de 500 partos no ano de 2005. A categoria

populacional (até 50.000; 50.001 até 40.0000; 40.0001+) do município de localização da maternidade foi utilizada para estratificação das unidades primárias. Em cada um dos estratos foram selecionados 50 estabelecimentos de saúde com probabilidade proporcional ao tamanho, sendo este estabelecido pelo número de internações para o parto no ano de 2005. Em cada maternidade foram selecionadas de 100 a 120 parturientes no momento de internação para o parto.

2. Instrumento

Para a coleta das informações, foi desenvolvido formulário padronizado contendo as seguintes variáveis:

- Dados da parturiente: identificação, número da declaração de nascimento (DN), idade, grau de escolaridade, cor ou raça, município de residência;
- Informações sobre o pré-natal: variáveis constantes do cartão de pré-natal, incluindo o número de consultas, data de início do pré-natal bem como os resultados e as datas de todos os testes de sífilis e HIV, quando disponíveis;
- Informações coletadas na hora do parto: resultado e data dos testes de sífilis e HIV.

O formulário foi encaminhado para a impressão sob a forma de caderno, contendo as instruções de preenchimento e 30 formulários. Em cada maternidade participante do estudo foram preenchidos quatro cadernos.

3. Trabalho de Campo

Após a seleção probabilística das maternidades em cada estrato, foram identificados os municípios de localização dos estabelecimentos de saúde, que foram agrupados pela proximidade geográfica. Foram, então, identificados dez pesquisadores experientes na área de saúde pública para coordenar, localmente, o estudo.

Coube aos coordenadores locais contatar os diretores das maternidades selecionadas para o estudo, recrutar e treinar as pessoas responsáveis pelo preenchimento dos cadernos (em geral, funcionários da própria maternidade).

4. Análise dos dados

O presente estudo restringiu-se a analisar somente as informações relativas aos testes de sífilis na gestação e no parto. Os resultados correspondentes aos testes de HIV serão divulgados em outra publicação.

A análise estatística dos dados levou em consideração o desenho da amostragem, utilizando-se ponderações em acordo com a distribuição geográfica dos nascidos vivos obtida pelo Sistema de Informações de Nascimentos do Ministério da Saúde (SINASC). Foi utilizado o aplicativo SPSS, versão 13.

A cobertura do primeiro teste de sífilis na gestação foi estimada como a proporção de gestantes que tiveram atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta), que trouxeram o cartão de pré-natal na hora do parto e tinham o resultado do primeiro teste de sífilis preenchido no cartão. Analogamente, a cobertura de dois testes de sífilis foi estimada pela proporção de mulheres que tinham os dois resultados do teste de sífilis preenchidos no cartão de pré-natal e a cobertura do teste de sífilis no parto como a proporção de gestantes que realizaram o teste de sífilis no momento do

parto, independentemente da realização ou não do teste na gestação.

A taxa de prevalência de sífilis foi estimada entre as parturientes que realizaram o teste VDRL realizado de rotina na hora do parto.

Os indicadores de cobertura de teste de sífilis na gestação e a taxa de prevalência de sífilis foram analisados por Grande Região.

Por fim, os resultados do segundo teste de sífilis, realizado no pré-natal ou no momento do parto, foram relacionados com os resultados do primeiro teste de sífilis realizado no pré-natal.

RESULTADOS

Foram analisadas 16.158 parturientes. Na **Tabela 1**, apresenta-se a distribuição das parturientes segundo a situação relativa à realização dos testes de sífilis no pré-natal. Observa-se que 75,1% das gestantes apresentaram pelo menos um resultado do teste de sífilis, por ocasião de internação para o parto, mas apenas

16,9% apresentaram os resultados dos dois testes; 11,8% tinham o cartão de pré-natal, mas não tinham nenhum resultado de sífilis. A proporção de 75,1% foi considerada como a cobertura do primeiro teste de sífilis na gestação e 16,9% a cobertura dos dois testes de sífilis no pré-natal.

Foram encontradas importantes diferenças na cobertura de pelo menos um teste de sífilis na gestação por Grande Região (**Tabela 1**). A cobertura de um teste de sífilis na gestação teve valor mínimo de 64,2%, na região Nordeste, e máximo de 86,8%, na região Sul. A cobertura de dois testes de sífilis no pré-natal foi menor que 10% na região Nordeste.

Os dados da **Tabela 2** indicam que mesmo entre as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura de dois testes de sífilis é baixa, de apenas 26,2%.

Na totalidade do Brasil, 2,6% das parturientes não realizaram teste de sífilis no pré-natal nem no parto e 10,5% só realizaram o teste na hora do parto (**Tabela 3**). É importante observar que somente 14,1% obedeceram a todas as recomendações do

Tabela 1. Distribuição de frequências percentuais (%) com relação à situação do teste de sífilis no pré-natal por Grande Região. Brasil, 2006

Situação em relação ao teste de sífilis no pré-natal	Região					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	
Não fez pré-natal	3,0	5,0	2,6	4,2	2,5	3,6
Fez pré-natal, mas não trouxe o cartão	6,6	13,5	7,6	2,87	7,7	8,6
Fez pré-natal, mas não tem cartão	0,2	1,0	0,8	0,5	2,9	0,9
Tem o cartão, mas não tem o resultado preenchido	13,8	16,3	10,3	5,7	9,8	11,8
Tem o cartão e apenas o resultado do 1- teste preenchido	56,9	54,3	64,2	60,9	39,6	58,2
Tem o cartão e o resultado dos 2 testes	19,5	9,9	14,6	25,9	37,6	16,9

Fonte: Estudo Sentinela-Parturiente.

Tabela 2. Cobertura dos testes de sífilis na gestação (%) por número de consultas pré-natal. Brasil, 2006

Número de consultas	Cobertura (%) dos testes de sífilis no pré-natal		
	Nenhum	Somente um teste	Dois testes
1-5	22,2	68,5	9,3
6+	8,5	65,4	26,2
Total	13,5	66,5	20,0

Fonte: Estudo Sentinela-Parturiente

Tabela 3. Cobertura dos testes de sífilis no pré-natal e no parto. Brasil, 2006

Fez e tem cartão	Pré-Natal		Parto	Total	
	1 teste	2 testes		n	%
Sim	Sim	Sim	Sim	2283	14,1
Sim	Sim	Sim	Não	449	2,8
Sim	Sim	Não	Sim	7774	48,1
Sim	Sim	Não	Não	1631	10,1
Sim	Não	Não	Sim	1505	9,3
Sim	Não	Não	Não	394	2,4
Não			Sim	1703	10,5
Não			Não	419	2,6
Total				16158	100,0

Ministério da Saúde, isto é, dois testes de sífilis na gestação e um no parto.

Os dados dispostos na **Tabela 4** mostram que o teste de sífilis na hora do parto é realizado para cerca de 82% das mulheres, independentemente se ela tem ou não o resultado do teste no pré-natal. Chama a atenção que entre as parturientes que não fizeram pré-natal, 14,1% também não foram testadas para a sífilis no parto.

Das 13.267 parturientes que realizaram teste de sífilis no parto, 1,1% tiveram o resultado positivo (**Tabela 5**). A taxa de prevalência de sífilis no parto atingiu o maior valor na região Norte, 1,5%, e o menor, na região Sul, 0,6%.

A comparação dos resultados do segundo teste de sífilis, realizado durante a gestação ou no momento do parto, com os resultados do primeiro teste de sífilis mostra a necessidade de realizar mais de um teste de sífilis no pré-natal (**Tabela 6**). Observa-se que entre as mulheres que haviam feito o primeiro teste no pré-natal e que obtiveram resultado negativo, 0,4% tiveram resultado positivo no segundo teste.

Um outro achado merecedor de destaque é que entre as gestantes que não fizeram atendimento pré-natal ou não têm o cartão, 1,8% tem resultado positivo na hora do parto.

Tabela 4. Realização do teste de sífilis no parto por situação em relação ao teste de sífilis no pré-natal. Brasil, 2006

Situação em relação ao teste de sífilis no pré-natal	Fez teste de sífilis no parto %	Total n
Não fez pré-natal	85,9	573
Fez pré-natal, mas não trouxe o cartão	80,5	1394
Fez pré-natal, mas não tem o cartão	61,0	146
Tem o cartão, mas não tem o resultado preenchido	79,0	1906
Tem o cartão e apenas o resultado do 1º teste preenchido	82,7	9405
Tem o cartão e o resultado dos 2 testes	83,5	2734
Total	82,1	16158

Fonte: Estudo Sentinela-Parturiente

Tabela 5. Taxa de prevalência (%) de sífilis no parto por Grande Região. Brasil, 2006

Região	% com resultado positivo do teste de sífilis no parto %	Total n
Norte	1,5	1472
Nordeste	0,8	4074
Sudeste	1,3	4990
Sul	0,6	1810
Centro-Oeste	1,0	921
Total	1,1	13267

Fonte: Estudo Sentinela-Parturiente

Tabela 6. Resultado do segundo teste de sífilis realizado na gestação ou no parto de acordo com o resultado do primeiro teste. Brasil, 2006

Resultado do primeiro teste	Resultado do segundo teste (pré-natal ou parto)		Total n
	Negativo %	Positivo %	
Negativo	99,6	0,4	10406
Positivo	25,5	74,5	102
Total	98,9	1,1	10508

Fonte: Estudo Sentinela-Parturiente

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como finalidade apresentar a proposta metodológica para estimar a prevalência de HIV e sífilis em parturientes com base em dados secundários, mediante a sistematização de informações que são coletadas rotineiramente nas maternidades do SUS. Os resultados relativos ao HIV, assim obtidos, foram muito parecidos aos estimados no Estudo Sentinela-Parturiente do ano de 2004: a estimativa da taxa de prevalência de HIV, de 0,41%, foi igual à calculada em 2004.

No que se refere aos resultados relativos à sífilis, entretanto, houve redução na taxa de prevalência, que decresceu de 1,6%, em 2004, para 1,1%, em 2006. Várias explicações são plausíveis para esse achado. Primeiramente, o decréscimo ocorrido na taxa de prevalência de sífilis pode ser explicado pelo uso de metodologias distintas nas pesquisas de 2004 e 2006. Em 2004, a metodologia foi padronizada para todas as participantes e o parâmetro adotado para o diagnóstico de sífilis foi ter o teste treponêmico reagente e a titulação do teste não-treponêmico igual ou acima de 1:2. A valorização dos baixos títulos do VDRL, considerados como diagnóstico para sífilis na ausência de testes confirmatórios, foi a justificativa para o critério adotado em 2004¹⁷.

No estudo de 2006, a taxa de prevalência foi calculada com base nos resultados de rotina das maternidades, onde, em geral, utilizam-se para a triagem testes não-treponêmicos (VDRL). Nesse aspecto, é importante destacar a falta de padronização dos testes utilizados nos distintos estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo e as limitações dos ensaios laboratoriais utilizados para o diagnóstico sorológico da sífilis. Os testes disponíveis no mercado têm limitações, tanto em sua sensibilidade quanto em sua especificidade. A sensibilidade do VDRL varia de 71% a 100% e especificidade de 79% a 98%, dependendo da fase da doença, enquanto a sensibilidade e a especificidade do ELISA variam de 85% a 100% e de 95% a 100%, respectivamente¹⁸.

A fase da doença em que os testes laboratoriais são mais sensíveis é a secundária, de breve duração. Na fase primária, a sensibilidade dos testes VDRL é mais baixa, podendo afetar o percentual de casos identificados pelos exames laboratoriais. No Brasil, os testes utilizados nos serviços de saúde precisam estar registrados na ANVISA, o que requer a submissão dos mesmos a um

painel de amostras para comprovar seu desempenho. Isso, entretanto, não implica que todos os testes aprovados tenham a mesma *performance*, de modo que testes com diferentes sensibilidade e especificidade podem ter sido utilizados nos distintos estabelecimentos de saúde, afetando a estimativa da taxa de prevalência em 2006.

No que concerne à qualidade dos testes de sífilis utilizados nos serviços de saúde, todos os laboratórios deveriam ter controles de qualidade interno e externo, na situação ideal. O controle interno refere-se, principalmente, à adoção de procedimentos operacionais padronizados (POP), que garantam a qualidade dos ensaios. O controle externo é realizado pela execução periódica (normalmente trimestral) da testagem de um painel de amostras com resultados conhecidos somente pela instituição responsável pela qualidade externa. Os resultados obtidos pelo laboratório participante são confrontados com os resultados conhecidos do painel e a *performance* do laboratório é monitorada em termos de resultados concordantes. A não-concordância resulta na revisão dos procedimentos operacionais e na avaliação da qualidade dos insumos e do instrumental utilizados no ensaio, visando à correção das possíveis falhas. No Brasil ainda não existe sistema de controle de qualidade externa para a sífilis, desenvolvido pelo governo. Os sistemas são particulares e por isso sua utilização é limitada pelos custos envolvidos na sua contratação.

Outro aspecto que pode influenciar a estimativa da prevalência é a definição de sífilis ativa. Quando se utiliza, exclusivamente, o resultado do VDRL, há uma tendência a considerar o ponto de corte em 1:8, tendo como objetivo excluir as cicatrizes sorológicas e os falso-positivos. No entanto, quando utilizado em conjunto com um teste treponêmico, pela eliminação dos falso-positivos (VDRL positivos e treponêmicos negativos) esse ponto de corte tende a ser mais baixo, por exemplo, 1:2, possivelmente sobrestimando a taxa de prevalência pela inclusão de cicatrizes sorológicas. Além disso, há uma variação grande entre os diferentes testes utilizados quando os títulos são baixos (1:1, 1:2 e às vezes até 1:4), pois a leitura pode variar de observador para observador. Resultados semelhantes são obtidos somente a partir de 1:8¹⁹⁻²¹. Sendo assim, dadas as recomendações do Ministério da Saúde de valorização dos títulos baixos, tanto a variação de leitura quanto a falta de sensibilidade dos diferentes testes utilizados na rotina podem ter afetado os resultados.

A falta de padronização dos testes de sífilis realizados na hora do parto na rotina das maternidades representa, pois, uma limitação do estudo, no que se refere à estimação da taxa de prevalência de sífilis mediante dados secundários. É importante destacar a esse respeito que esses são os testes que estão sendo utilizados na prática dos serviços de saúde para o diagnóstico de sífilis e na determinação de conduta e profilaxia das gestantes infectadas. No caso de baixa sensibilidade, a captação incompleta de infecções latentes reflete-se em oportunidades perdidas de controle da transmissão vertical.

Embora se reconheçam as limitações do estudo para a estimação da prevalência resultante da falta de padronização dos testes utilizados rotineiramente, não se pode deixar de acrescentar nessa discussão a possibilidade factível de um decréscimo na prevalência de sífilis entre 2004 e 2006 devido a ações de controle especí-

ficas para a sífilis, mudanças comportamentais, como a maior frequência de uso de preservativos, o aumento no uso de antibióticos com ação sobre o treponema, entre outros fatores.

Estudos realizados na década de 1990 descreviam taxas de prevalência que variavam de 2,4% a 5,2%²²⁻²⁵, com a exceção de Amaral *et al.*²⁶, que encontraram uma taxa de 1,2%, em Campinas. A partir de 2001, os trabalhos identificaram taxas de prevalência que variaram de 0,8% a 1,6%²⁷⁻³⁴. De forma que o resultado encontrado em 2006, de 1,1%, é condizente com os achados dos estudos atuais brasileiros.

Sob outro ângulo, enfatiza-se que essa proposta metodológica tem a grande vantagem de possibilitar o monitoramento dos procedimentos realizados nos serviços de saúde e avaliar como as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde estão sendo seguidas, na prática. Traz o benefício adicional de poder ser realizada nos níveis estadual e municipal, sem requerer processo de amostragem, apenas de sistematização das informações.

Nesse sentido, um achado merecedor de atenção foi a baixa cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal, que não atingiu 20% para a totalidade do Brasil, indicando que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas, adequadamente, na rotina do atendimento pré-natal. Mesmo entre as mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura do segundo teste de sífilis foi de apenas 26,2%.

Os achados aqui apresentados indicam a necessidade de realização do segundo teste de sífilis no pré-natal, uma vez que 0,4% das mulheres que tiveram resultado negativo no primeiro teste apresentaram resultado positivo no segundo teste realizado. Isso significa dizer que cerca de 13.000 mulheres no Brasil (0,4% das parturientes) deixariam de ser captadas na gestação para tratamento e controle da transmissão vertical, se realizassem apenas um teste de sífilis no pré-natal.

No caso da sífilis, observou-se que apesar da disponibilidade de recursos profiláticos baratos e eficientes para a redução da transmissão materno-infantil, observou-se que 2,6% das mulheres são completamente excluídas, já que não realizaram teste de sífilis no pré-natal nem no parto, e que menos de 20% das parturientes apresentaram dois testes de sífilis na gestação. É preciso ressaltar que a ausência de detecção da sífilis durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos de sífilis congênita.

CONCLUSÃO

A baixa cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal indica que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas rotineiramente. Os achados aqui apresentados indicam a necessidade de realização do segundo teste de sífilis no pré-natal para o adequado controle da transmissão vertical.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carey JC. Congenital Syphilis in the 21st Century. *Current Women's Health Reports* 2003; 3: 299-302.
2. Hook EW, Peeling RW. Syphilis Control – A Continuing Challenge. *Lancet* 2004; 351:122-124.
3. Wendel GD. Gestational and congenital syphilis. *Clin Perinatol* 1988; 15: 287-303.

4. Hira SK, Bhat GJ, Chikamata DM, Nkowane B, Tembo G, Perine PL, Meheus A. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. *Genitourin Med* 1990 Jun; 66(3):159-164.
5. Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol* 1997 24(1): 71-90. Review.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47(RR-1): 28-46.
7. 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. 140p. Série manuais nº 68.
8. Watts DH, Brunham RC. Sexually transmitted diseases including HIV infection in pregnancy. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1998.
9. Brasil. Portaria nº 542 de 22 de Dezembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Sífilis congênita: diretrizes para o controle. Brasília: MS; 2005.
11. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guidelines for sexually transmitted infections surveillance. 1999. Geneva: WHO, 1999: 32-36.
12. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MAP, Castilho A. Dinâmica da epidemia de aids no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(5): 1123-1140.
13. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. São Paulo: Revista de Saúde Pública 2004; 38(6): 764-772.
14. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. *Boletim Epidemiológico AIDS* 2006; v. III p.11-15.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria número 569. Ministério da Saúde 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria número 766. Ministério da Saúde 2004.
17. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organ* 2004 Jun; 82(6):439-446.
18. Larsen AS et al. Laboratory and Interpretation of Tests for Syphilis. *Clin Microb Rev* 1995; 8(1): 1-21.
19. Hart G. Syphilis tests in diagnostic and therapeutic decision making. *Ann Intern Med* 1986 Mar; 104(3): 368-376.
20. Jethwa HS, Schmitz JL, Dallabetta G, Behets F, Hoffman I, Hamilton H et al. Comparison of molecular and microscopic techniques for detection of *Treponema pallidum* in genital ulcers. *J Clin Microbiol* 1995 Jan; 33(1): 180-183.
21. Grimberg G, Ravelli MR, Etcheves PDC, Orfuss G, Pizzimenti MC. Sífilis y embarazo – control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. *Buenos Aires: Medicina* 2000; 60(3): 343-347.
22. Vaz AJ, Guerra EM, Ferratto LCC. Sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose e doenças de chagas em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brazil. *Rev Saúde Publica* 1990; 24: 373-379.
23. Santos JI, Lopes MA, Deliege-Vasconcelos E et al. Seroprevalence of HIV, HTLV-I/II and other perinatally transmitted pathogens in Salvador, Bahia. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1995; 37: 343-348.
24. Barsanti C, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Trop* 1999; 32: 605-611.
25. Miranda AE, Alves MC, Neto RL, Areal KR, Gerbase AC. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitória, Brasil. *Sex Transm Dis* 2001; 28(12): 710-713.
26. Amaral E, Faundes A, Goncalves NS, Paula CA. Prevalence of HIV and *Treponema pallidum* infections in pregnant women in Campinas and their association with sociodemographic factors. *Rev Paul Méd* 1996; 114: 1108-1116.
27. Reiche EMV, Morimoto HK, Farias GN, Hisatsugu KR, Geller L, Gomes ACLF et al. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33(6): 519-527.
28. Sá RAM, Borna RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade-escola da UFRJ. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2001; 13(4): 6-8.
29. Benzaken AS, García EG, Rodrigues AO, Mora C, Sanchez MS, Sardinha JC. “Madre Fronteriza”: estudo conjunto de prevalência de sífilis tricomoníase e HIV em gestantes da tríplice fronteira do Alto Rio Solimões. *DST J bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(3): 15-23.
30. De Souza NCN, Botelho CAO, Honer MR. Retrospective study of a pioneer antenatal screening program with 8477 pregnant women in Brazil. *Clin Exp Obst & Gyn* 2004; 31(3): 217-220.
31. Olbrich Neto J, Meira DA. Soroprevalência de vírus linfotrófico de células T humanas, vírus da imunodeficiência humana, sífilis e toxoplasmose em gestantes de Botucatu - São Paulo - Brasil. Fatores de risco para vírus linfotrófico de células T humanas. *Rev Soc Bras Med Trop* 2004; 37: 28-32.
32. Rodrigues CS, Guimarães MDG; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública* 2004; 16(3): 168-175.
33. Figueiró-Filho EA, Senefonte FR, Lopes AH, de Moraes OO, Souza Júnior VG, Maia TL et al. Frequency of HIV-1, rubella, syphilis, toxoplasmosis, cytomegalovirus, simple herpes virus, hepatitis B, hepatitis C, Chagas disease and HTLV I/II infection in pregnant women of State of Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007; 40(2): 181-187.
34. Costa DM, Quarto GHA, Rosetti E, França LC, Trindade CR, Miranda AE. Prevalência e fatores de risco para a sífilis em parturientes atendidas nas maternidades públicas do Município de Vitória, ES. Poster apresentado no XV Congresso Brasileiro de Infectologia, Curitiba, 20 a 23/10/2007.

Endereço para correspondência:

CÉLIA LANDMANN SZWARCWALD

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT - Laboratório de Informação em Saúde - LIS

Avenida Brasil, 4365 - Biblioteca de Manguinhos, 2º andar, Sala 225 - Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 21040-360.

Tel: 55 21 3865-3239 / Fax: 55 21 2290-1696

E-mail: celials@cict.fiocruz.br

Recebido em: 21/11/2007

Aprovado em: 27/12/2007

NEUROSSÍFILIS CONGÊNITA: AINDA UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

CONGENITAL NEUROSYPHILIS: YET A SEVERE PROBLEM OF PUBLIC HEALTH

Maria Luíza B Menezes, Carlos Alberto S Marques, Tereza Maria A Leal, Márcio C Melo, Priscila R Lima

RESUMO

Introdução: a sífilis é grave quando transmitida para o feto e invade o sistema nervoso central (SNC). Entretanto, o diagnóstico correto de neurosífilis congênita (NSC) é um dilema, pois testes para sífilis reagentes no LCR são raros. Como critério indireto, o nível mínimo de proteinorraquia passou de 100 para 150 mg/dL, segundo o Ministério da Saúde, em 2003. **Objetivo:** verificar a prevalência de sífilis congênita (SC) e NSC, avaliar a taxa de falso-positivos (FP) e verdadeiro-positivos (VP) do critério antigo e determinar as diferenças nos títulos de VDRL materno e neonatal e a evolução clínica entre os FP e os VP. **Métodos:** dados secundários de casos notificados como SC e NSC da Maternidade da Universidade de Pernambuco – Nordeste do Brasil, no período de junho de 1998 a junho de 2003, constituíram um banco de dados e análise pelo Epiinfo, versão Windows 3.3.2. Os dois critérios de NSC foram comparados, por estudo transversal analítico e de validação de teste diagnóstico, verificaram-se os percentuais de FP e VP do critério antigo e adotou-se o teste do qui-quadrado para a avaliação das diferenças de títulos de VDRL e ocorrências neonatais entre os FP e os VP. **Resultados:** 1.036 entre 32.246 nascidos vivos (3,21%) foram diagnosticados com SC, 360 (34,7%) tinham NSC pelo critério antigo, 282 (27,2%) confirmados pelo critério novo (78,3% dos antigos), representando 78 casos (21,7%) de FP. Não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre os títulos de VDRL e ocorrências (icterícia, infecção, conjuntivite e hipoxia) entre os FP e os VP. **Conclusão:** a SC, principalmente a NSC, permanece como um grave problema de saúde pública.

Palavras-chave: sífilis, gravidez, sífilis congênita, neurosífilis, saúde pública, DST

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is severe when it is transmitted from mother to child and invades the CNS. However, the correct diagnosis of congenital neurosyphilis (NCS) is a dilemma, because reagents syphilis's tests in CRL are rare. As indirect criterion the minimum level of protein in CRL changed from 100 to 150 mg/dL, according to the Ministry of Health in Brazil, in 2003. **Objectives:** verifying congenital syphilis (CS) and CNS, studying the rate of false positive (FP) and true positive (TP) of last criterion and determine differences between titles of maternal and neonatal VDRL and clinical evolutions between FP and TP. **Methods:** secondary data of notified cases of CS and CNS from the Maternity of the University of Pernambuco - Northeast of Brazil, from June 1998 to June 2003, constituted the data and analysis bank by Epiinfo, version Windows 3.3.2. The two criteria of CNS were compared by analytic transversal and validation of diagnostic test studies, the FP and TP of the last criterion were verified and qui square were applied to determine differences between VDRL titles and neonatal occurrences between FP and TP. **Results:** 1,036 from 32,246 births (3.21%) had been diagnosed as CS, 360 (34.7%) had CNS by last criterion, 282 (27.2%) confirmed by new criterion (78.3% of last), representing 78 FP cases (21.7%). There were no significant differences ($p > 0.05$) between VDRL titles and occurrences (jaundice, infections, conjunctivitis and hypoxia) between FP and TP. **Conclusion:** CS, mainly CNS, continue like a severe problem of public health.

Keywords: syphilis, pregnancy, congenital syphilis, neurosyphilis, public health, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis permanece como um grave problema de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que existam mais de 12 milhões de novos casos a cada ano e que mais de 90% ocorram em países em desenvolvimento¹.

Trata-se de uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, que cursa com diversas manifestações clínicas, decorrentes de lesões de vários órgãos e sistemas, causados pelo *Treponema pallidum*². Pode-se caracterizar por episódios de latência, quando o portador da infecção é completamente assintomático³. Embora conhecida pela humanidade há vários séculos⁴, continua sendo um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação. O tratamento da mulher grávida com penicilina benzatina, até 30 dias antes do parto, reduz, em muito, as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, seqüelas nos bebês

e óbito neonatal^{5,6}. Daí o pré-natal ser um momento importante, principalmente para o combate às formas congênicas⁷.

Quando não diagnosticada e devidamente tratada, a transmissão vertical do *Treponema pallidum* ocorre por via transplacentária, podendo acontecer em qualquer período da gestação; sendo mais comum após o quarto mês, quando há atrofia fisiológica das células de Langerhans no trofoblasto^{8,9}. Eventualmente, identifica-se a contaminação perinatal secundária ao contato fetal com lesões infectantes maternas ou pela ingestão de líquido amniótico, o que justificaria a manifestação tardia da SC após o nascimento de crianças que se mostraram soronegativas no período neonatal^{9,10}.

A sífilis congênita (SC) permanece como causa de morte fetal e neonatal em muitos países em desenvolvimento. No Brasil, a SC passou a ser de notificação compulsória em 1986, porém, pela ausência de uniformidade no diagnóstico e na conduta, bem como pelas falhas no mecanismo de notificação, sabe-se que a frequência da doença é bem maior que a demonstrada pelos números oficiais. De 1998 a 30/06/2006, foram notificados e investigados no Brasil 36.615 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade¹¹. Quatro mil casos notificados é a média anual, representando, no entanto, apenas 1/3 do

¹Profa. adjunto doutora da Universidade de Pernambuco

²Médico ginecologista do Hospital Agamenon Magalhães, Mestre em medicina

³Médica pediatra da Universidade de Pernambuco

⁴Médico clínico geral

⁵Médica clínica geral

estimado¹². A taxa de incidência média nacional gira em torno de 1,7%¹¹, mas cifras alarmantes, em torno de 2,5%, são citadas por alguns autores do Nordeste do país^{13,14}.

Das 900.000 gestantes com sífilis, estimadas anualmente pela OMS, aproximadamente 40% resultam em perdas fetais e perinatais, enquanto, nas restantes, em torno de 50% dos recém-nascidos (270.000) poderão sofrer seqüelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento⁸.

O *Treponema pallidum* pode invadir o sistema nervoso central (SNC), determinando quadros clínicos variados, desde alterações líquóricas em indivíduos assintomáticos, até quadros mais graves, como a paralisia geral progressiva. A estas diversas formas de comprometimento do SNC designamos neurossífilis congênita (NSC)².

Uma das maiores preocupações quando diante de casos de sífilis congênita é avaliar a possibilidade do envolvimento, ainda que assintomático, do SNC. A taxa de incidência de 74% de NSC encontrada em trabalhos recentes é alarmante¹⁴.

É importante salientar que estes dados podem ilustrar uma falsa realidade, já que, para o diagnóstico de NSC, o líquido cefalorraquidiano (LCR) caracteriza-se pela positividade do VDRL ou por pleiose (> 25 leucócitos/mL) ou por concentração elevada de proteínas, e em 2003 o nível mínimo de proteinorraquia passou de 100 para 150 mg/dL, para confirmar o diagnóstico laboratorial de NSC¹⁵.

OBJETIVO

Determinar os casos falso-positivos (FP) e verdadeiro-positivos (VP) de NSC do antigo critério de NSC de acordo com a nova diretriz do Ministério da Saúde; avaliar os testes laboratoriais no LCR que contribuam para o diagnóstico; e determinar as diferenças dos títulos de VDRL materno e neonatal e ocorrências clínicas (frequências de icterícia, infecção, conjuntivite e hipoxia neonatal) entre os FP e os VP.

MÉTODOS

Utilizamos dados dos prontuários de casos previamente definidos como SC e NSC da Maternidade da Universidade de

Pernambuco (UPE) – Nordeste do Brasil, no período de junho de 1998 a junho de 2003, que foram digitados em banco de dados e analisados no programa Epiinfo no ambiente Windows, versão 3.3.2. As variáveis analisadas foram títulos de VDRL materno e neonatal, LCR (número de células, nível de proteínas, FTA-Abs, hemoaglutinação, reação de fixação de complemento, VDRL), radiografia de ossos longos, evolução clínica (hipoxia, infecção, icterícia e conjuntivite), tratamento (penicilina benzatina, penicilina procaína, penicilina cristalina) e a duração do tratamento.

A validação do critério antigo de neurossífilis foi analisada comparando-se o número de casos detectados por este critério com o número de casos diagnosticados pelo novo critério.

Os dados foram analisados utilizando-se o teste do *qui* quadrado para avaliar as diferenças entre os grupos, considerando-se como valor estatisticamente significativo o inferior a 5%.

RESULTADOS

No período de estudo nasceram 32.246 crianças e foram diagnosticados com sífilis congênita 1.036 (3,21%) recém-nascidos.

Dentre estes, 360 (34,7%) foram diagnosticados com NSC pelo critério antigo, enquanto 282 (27,2%) foram confirmados pelo critério novo, o que corresponde a 78,3% dos antigos. Portanto, houve um percentual de falso-positivos pelo critério antigo de 78 casos (21,7%) – **Tabela 1**.

O teste laboratorial no LCR que mais contribuiu para o diagnóstico de NSC foi o de hemoaglutinação, reagente em mais da 2/3 dos neonatos com NSC, seguido pela proteinorraquia > 150 mg/dL, presente em quase 2/5 dos casos. Outros critérios, como o FTA-Abs, a reação de fixação de complemento e a celularidade, tiveram contribuições relativamente iguais. O VDRL foi raramente reagente (**Tabela 2**).

Observou-se que quase 3/4 dos RN com NSC não apresentaram ocorrências. Dentre os que apresentaram sinais clínicos, pouco mais de 10% tiveram icterícia ou infecção neonatal e, mais raramente, hipoxia e conjuntivite. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os FP e os VP para a NSC ($p > 0,05$ – **Tabela 3**).

Tabela 1. Distribuição dos casos de neurossífilis congênita na Maternidade da UPE no período de junho de 1998 a junho de 2003, de acordo com os critérios diagnósticos

Critério antigo de neurossífilis	Critério novo de neurossífilis		Total
	Sim	Não	
Sim (%)	282 (78,3)	78 (21,7)	360 (100)
Não (%)	0 (0)	676 (100)	676 (100)
Total (%)	282 (27,2)	754 (72,8)	1.036 (100)

Tabela 2. Relação dos testes diagnósticos nos recém-nascidos com NSC na Maternidade da UPE no período de junho de 1998 a junho de 2003

LCR	N	%
Hemoaglutinação	223	79,0
Proteinorraquia > 150 mg/dL	107	37,9
FTA-Abs	63	22,3
Reação de fixação de complemento	62	22,0
Celularidade > 25 células	57	20,2
VDRL reagente	5	1,8

Tabela 3. Distribuição dos casos de NSC na Maternidade da UPE no período de junho de 1998 a junho de 2003, segundo o diagnóstico e a presença de ocorrências neonatais

Ocorrências	Critério diagnóstico	
	Falso-positivos (%)	Verdadeiro-positivos (%)
Nenhuma	63 (80,8)	208 (73,8)
Icterícia	8 (10,3)	37 (13,1)
Infecção	6 (7,7)	29 (10,3)
Hipoxia	10 (18,8)	24 (8,5)
Conjuntivite	0 (0)	7 (2,5)

Nota: $p > 0,05$ (*Yates)

Dentre os casos de NSC, 272 (96,4%) não se submeteram aos Rx. Dentre os que se submeteram, apenas uma radiografia (0,3%) apresentava-se alterada.

Observou-se que a totalidade dos recém-nascidos com NSC foi tratada com penicilina cristalina isolada (a maioria quase absoluta) ou associada à procaína (apenas três casos). O tempo de internamento foi, na grande maioria das vezes, de 10 a 14 dias (Tabela 4 e Figura 1).

Os títulos de VDRL tanto da mãe quanto dos RN na maioria dos casos foram baixos, menores que 1/8 (Figuras 2a e 2b).

Tabela 4. Distribuição dos casos de NSC de acordo com o tratamento recebido na Maternidade da UPE no período de junho de 1998 a junho de 2003

Penicilinas	N	%
Benzatina ou procaína	0	0
Cristalina	279	98,9
Procaína e cristalina	3	1,1

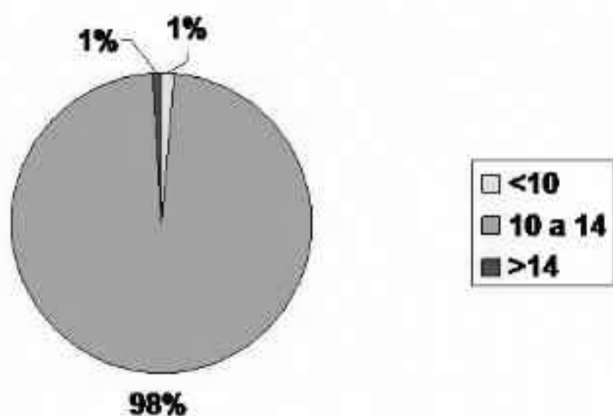


Figura 1. Distribuição dos casos de NSC na Maternidade da UPE no período de junho de 1998 a junho de 2003 de acordo com os dias de internamento.

Figura 2a

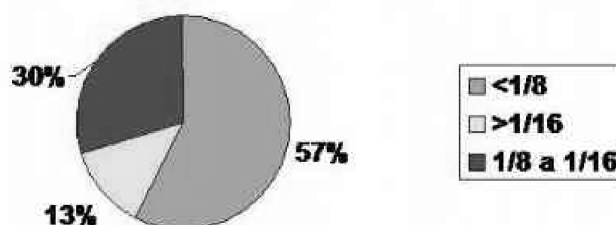


Figura 2b

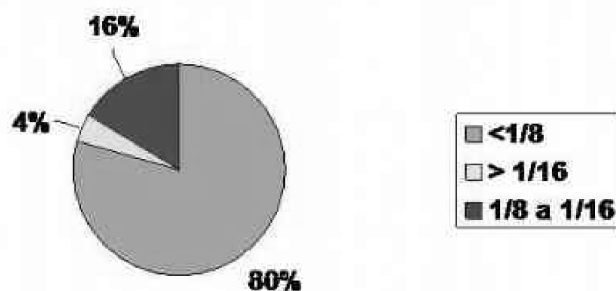


Figura 2a e 2b. Distribuição dos casos de NSC ao CISAM no período de junho de 1998 a junho de 2003 de acordo com os títulos de VDRL maternos (2a) e neonatais (2b).

DISCUSSÃO

O diagnóstico de SC no recém-nascido ou infante deve incorporar a epidemiologia, a clínica e as evidências sorológicas de infecção. Os títulos séricos de VDRL, tanto maternos, quanto neonatais, mostram que não se prestam para direcionar o início do tratamento e nem mesmo o rastreamento de NSC, muito menos o antigo conceito de que o título de VDRL neonatal deveria ser maior que o materno. Testes treponêmicos, confirmatórios, nem sempre disponíveis, serviriam apenas para afastar as possibilidades, pouco frequentes, de falso-positivos do VDRL¹⁶.

A discriminação do envolvimento do SNC pelo *T. pallidum* pelos novos métodos continua sendo difícil por causa da ausência de um padrão-ouro para a comparação, bem como pelo fato de o VDRL não-reagente no LCR não descartar a possibilidade de comprometimento do SNC. Estudos anteriores já demonstravam que a maioria dos diagnósticos de NSC era obtida pela hemoaglutinação e que o VDRL e o FTA-Abs não foram sensíveis o bastante para diagnosticar a NSC^{17,18}. No entanto, nas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁵, só são levadas em consideração para este diagnóstico a celularidade, a proteinorraqia e a positividade do VDRL.

A ausência de sintomas é a regra. Nossos achados corroboram estudos de Lago & Garcia¹⁹ que encontraram mais de 50% dos RN com o diagnóstico de NSC assintomáticos, e que quando presentes apareciam no decorrer de 3 a 14 semanas após o nascimento. As ocorrências observadas no presente estudo, com frequências compatíveis para uma maternidade de referência para um alto risco gestacional, no Nordeste do país, foram inespecíficas para a SC e a NSC.

A baixa sensibilidade dos Rx de ossos longos em crianças sem sintomas foi similar ao encontrado pelos autores previamente citados. Algumas evidências radiológicas, quando aparecem, geralmente surgem após 5 a 16 semanas de vida.

Assim, existe a recomendação de tratar todas as crianças infectadas com o regime adequado para erradicar neurosífilis^{19,20}, salvo se o exame do LCR afastar tal diagnóstico e o tempo mínimo de permanência hospitalar for de dez dias. Este tempo não foi seguido por uma pequena minoria, que foi seguida ambulatorialmente.

Tais fatos demonstram a gravidade da situação da SC no Brasil, onde os gastos hospitalares com o tratamento da SC ultrapassam em muito os gastos que se teriam com a efetiva profilaxia da SC se houvesse um programa de assistência pré-natal de qualidade.

Segundo dados do Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN) do Programa Nacional de DST e Aids do MS de quase três milhões de mulheres que engravidam anualmente, no Brasil, apenas 75% realizam o pré-natal. Destas, só 50% realizam o VDRL no início do pré-natal e apenas 23% o repetem no terceiro trimestre da gestação, conforme preconizado pelas normas brasileiras e do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos²¹⁻²².

Dentre os casos notificados de SC no Brasil, menos de 20% dos parceiros das mães das crianças foram tratados. O que por si já mostra que há muitos tratamentos inadequados ou falhas no aconselhamento, que levam a novas infecções. Apesar disso, mais de 40% das mães iniciam seu pré-natal no primeiro trimestre e mais de 60% comparecem a cinco ou mais consultas no pré-natal. O que mostra a má qualidade dessas consultas.

O custo anual registrado pelo DATASUS em 2001 a 2003 para o tratamento hospitalar de SC foi de cerca de R\$ 1.500.000,00, o que corresponde a uma média de R\$ 400,00 por caso. Por outro lado, os gastos ambulatoriais com a prevenção de cada caso, considerando os valores máximos do VDRL e da penicilina benzatina, repassados pelo SUS para o tratamento de um possível casal infectado, não ultrapassaria 20% do que se gasta para o tratamento por cada caso não evitado de SC.

Este gasto evitável é estimado sem levar em consideração outros custos do seguimento ambulatorial com especialistas (neuropediatras, otorrinopediatras, oftalmopediatras,...) e exames periódicos (VDRL, LCR,...), além dos prejuízos sócio-econômicos e pessoais do casal.

Freqüentemente na UPE, possivelmente representando uma realidade nacional, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades em convencer os pais de um recém-nascido com SC que ele terá que permanecer internado por no mínimo dez dias, uma vez que não entendem como uma criança aparentemente “sadia” possa ter uma doença tão grave. E, por isso, muitas vezes, tem-se que recorrer ao Conselho Tutelar para intervir na garantia do cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Além desse prejuízo social e emocional do casal, não menos importante são as repercussões que o conhecimento de uma DST entre o casal possa levar à esfera conjugal, incluindo o aumento da taxa de violência doméstica contra a mulher.

Por tudo isso é imperiosa a melhora da qualidade do pré-natal, o aumento da taxa de captação e o tratamento dos parceiros, a descentralização do tratamento nas unidades básicas de saúde para que possamos estar atingindo a meta de eliminação da sífilis congênita no país, conforme pactuado no início da década de 1990, quando o Ministério da Saúde do Brasil assinou o acordo internacional com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1995 – resolução CE 116.R3) para a “Eliminação da Sífilis Congênita na Região das Américas” e, ratificou no Plano de Ações e Metas do Programa Nacional de DST e Aids deste ano.

CONCLUSÃO

A sífilis congênita, principalmente a neurosífilis congênita, permanece como um grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hook III EW, Peeling RW. Syphilis Control: a continuing challenge. *N Engl J Med* 2004; 351:2.
2. Saito ST, Damasceno CA, Marques MCP, Silva CEAP, Araújo BM, Franco GM. Neurosífilis – atualização e relato de caso, *Neuro On Line* 2001; Ano II(5).
3. Lukehart SA. Sífilis. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison Medicina Interna*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Editora McGrawHill; 2006.
4. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA et al. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Trop* 1999; 32(6): 605-11.
5. Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clinics in Perinatology* 1997; 24: 71-90.
6. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5): 1341-9.
7. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras Patol Med Lab* 2002; 38(4): 267-71.
8. Araújo EP, Lait LCF, Alvarenga CF, Gouvêa EF, Braga ALS. Estudo de casos – sífilis em gestantes e recém-nascidos (RN), na maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), Niterói – RJ. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2002; 14(3):64. (Abstract)
9. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23(10): 647-52.
10. Wendel GD Jr, Sanchez PJ, Peters MT, Harstad TW, Potter LL, Norgard MV. Identification of *Treponema pallidum* in amniotic fluid and fetal blood from pregnancies complicated by congenital syphilis. *Obstet Gynecol* 1991; 78(5 Pt 2):890-5.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS DST*. Ano IV, nº 01. Brasília. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/>

- storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4-098BE8C704E0%7D/Boletim2007_internet090108.pdf. Acessado em: 27 jul 2008.
12. Brasil. Estudo de prevalência de sífilis em parturientes, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS-286DF0DAPTBRIE.htm>. Acessado em: 8 ago 2006.
 13. Brito AM, Silva AEOM, Neto AL, Figueiroa F, Sena DA. Ocorrência de sífilis congênita na cidade do Recife: um marcador de qualidade da assistência ao pré-natal. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2002; 14(3):122. (Abstract)
 14. Menezes MLB, Machado K, Machado MHML. Sífilis congênita em uma maternidade pública de Pernambuco. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 2002; 14(3):126. (Abstract)
 15. Definição de casos de sífilis congênita. Publicada pelo Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/novidades/sifilis_congenita_2003.doc. Acessado em: 28 jul 2008.
 16. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph Ah. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clinical Microbiology Reviews* 1995; 8(1):1-21.
 17. Gendrel D, Mefane C, Nardou M, Moreno JL, Engohan E, Moussavou A, Nguemby-mbina C. Serological tests in cerebrospinal fluid for congenital syphilis in central Africa. *Ann Trop Paediatr* 1992; 12(3):273-6.
 18. Garcia-Rodriguez JA, Martin-Sanchez AM, Canut A, Garcia-Garcia L, Cacho J. VDRL and FTA-ABS reactivity in cerebrospinal fluid: our experience. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1990; 8(1):3-7.
 19. Lago EG, Garcia PCR. Congenital syphilis: an emerging emergency also in Brazil. *J Pediatr* 2000; 76(6):461-5.
 20. Lewis LL. Congenital syphilis. Serologic diagnosis in the young infant. *Infect Dis Clin North Am* 1992; 6(1):31-9.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília. Ministério da Saúde. 2005. 52p. Série Manuais nº 62.
 22. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. *MMWR* 2006; 55 (RR-11):1-94.

Endereço para correspondência:**MARIA LUIZA BEZERRA MENEZES**

Rua Santo Elias, 64/901, Espinheiro, Recife, PE.

CEP: 52020-090

E-mail: mlbm3@terra.com.br

Recebido em: 10/11/2007

Aprovado em: 21/12/2007

SÍFILIS CONGÊNITA COMO FATOR DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS

CONGENITAL SYPHILIS AS PRENATAL ASSISTANCE FACTOR IN CAMPO GRANDE – MS

Ernesto Antonio Figueiró-Filho¹, Renata VC Gardenal², Leandro A Assunção³, Gabriel R Costa⁴, Carlos Renato L Periotto⁴, Cássia A Vedovatte⁴, Leonardo R Pozzobon⁴

RESUMO

Introdução: estima-se em 3,5% as gestantes portadoras de sífilis no Brasil, com risco de transmissão vertical em 50% a 85% dos casos e a taxa de mortalidade perinatal em torno de 40%. Entre os fatores de risco, inclui-se a falta de adequada assistência pré-natal. **Objetivo:** verificar a prevalência de sífilis congênita (SC) na cidade de Campo Grande e descrever os dados epidemiológicos, obstétricos e perinatais da população estudada, destacando seu papel como fator de qualidade de assistência pré-natal. **Métodos:** estudo observacional transversal dos casos de sífilis congênita ocorridos em 512 puérperas, no período de 1º de fevereiro a 30 de abril de 2006. O diagnóstico baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Utilizaram-se a entrevista ao leito com puérperas e a verificação dos exames realizados durante o pré-natal ou no ato da internação. **Resultados:** o coeficiente de SC encontrado foi de 23,4 casos por 1.000 nascidos vivos. Conforme os critérios do CDC, a totalidade dos casos foi de SC presumível. O coeficiente de mortalidade perinatal por SC foi zero. Das gestantes com sífilis, 75% relataram acompanhamento pré-natal prévio. Em apenas 42% dos casos, o diagnóstico de sífilis materna foi realizado antes do parto. Somente 33% foram adequadamente tratadas durante o pré-natal. Os parceiros das gestantes infectadas não foram adequadamente tratados em aproximadamente 60% dos casos. Os filhos das pacientes foram rastreados para sífilis em apenas 40% dos casos. **Conclusão:** a prevalência de SC observada foi de 2,3%. Houve a constatação de elevada prevalência de puérperas infectadas, tratamento inadequado das pacientes e de seus parceiros e rastreamento inadequado dos filhos. Os dados expostos reforçam a importância do pré-natal na redução da sífilis congênita, enfatizando a melhoria da qualidade desta assistência para a população avaliada.

Palavras-chave: sífilis; sífilis congênita; pré-natal, DST

ABSTRACT

Introduction: three point five percent of pregnant women with syphilis in Brazil, who represent the risk of vertical transmission of 50-85% and perinatal mortality rate of 40% were estimated. Among the risk factors, the lack of regular prenatal assistance is punctuated. **Objective:** verifying congenital syphilis (CS) prevalence in Campo Grande and describing epidemiological, obstetrical and perinatal data of the studied population, highlighting its role as a marker of prenatal quality assistance. **Methods:** observational and transversal study of CS cases occurred in 512 post-partum women from February 1st to April 30th 2006. The diagnosis was based on Ministry of Health criteria. An interview during delivery hospitalization was made to obtain the data. **Results:** the CS coefficient found was 23.4/1.000 births. The CS rate was presumed according to the criteria of CDC. The neonatal coefficient was zero. Out of the pregnant women with syphilis, 75% informed regular prenatal assistance, 33% were correctly treated during prenatal period. Pregnant women's partners were not treated in 60% of the cases. The children that the infected women already had were screened for syphilis only in 40% of the cases. **Conclusion:** the prevalence of CS observed was 2.3%. A high puerperal prevalence of syphilis infection, not adequate treatment of the women and their partners and inadequate screening of the children those women already had were observed. The exposed data enhance the prenatal importance in reducing the CS, emphasizing the best regular prenatal assistance to the studied population.

Keywords: syphilis; congenital syphilis; prenatal assistance, STD

INTRODUÇÃO

Embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha reduzido sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 1940, a partir da década de 1960 e, de maneira mais acentuada, na década de 1980, tem-se observado tendência mundial no recrudescimento da sífilis (SF) entre a população em geral e, de forma particular, dos casos de sífilis congênita (SC), tornando-a um dos mais desafiadores problemas de saúde pública deste início de milênio.¹⁻⁵

A sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção passível de controle no âmbito da atenção básica. Impõe-se, entretanto, uma avaliação mais acurada das grávidas com altos títulos de VDRL, sujeitas à reação de Jarisch-Herxheimer, condi-

ção que, embora pouco comum, pode-se associar ao desfecho negativo para o conceito, como a morte intra-útero.⁶

De acordo com os informes da Organização Mundial de Saúde, nos países subdesenvolvidos, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras de SF. No Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras desta doença, havendo um risco de transmissão vertical do treponema ao redor de 50% a 85% e taxas de mortalidade perinatal de até 40%.^{5,6}

Entre os fatores de risco que contribuem para que a prevalência de SC se mantenha estão o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, a promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de adequada assistência pré-natal.^{1,3,4}

A sífilis congênita foi incluída entre as doenças de notificação compulsória no ano de 1986. Desde então, a definição de caso sofreu várias modificações, na tentativa de facilitar o diagnóstico e garantir o tratamento adequado. O panorama da sífilis congênita no país, contudo, pouco se alterou.⁷

Em 1993, o Ministério da Saúde, ciente dos riscos perinatais e da magnitude da SC no Brasil, propôs a sua erradicação até o ano 2000, visto ser esta uma entidade clínica totalmente passível de

¹ Professor Doutor do Departamento de Gineco-Obstetrícia. Faculdade de Medicina. Universidade de Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED-UFMS).

² Professora Mestre do Curso de Medicina da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP).

³ Graduando de Medicina da UNIDERP.

⁴ Graduando de Medicina da FAMED-UFMS.

prevenção por meio da identificação e do tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal^{7,8}. Entretanto, as metas governamentais até agora não foram atingidas e, de acordo com informes oficiais do próprio governo brasileiro, as taxas de SC ainda permanecem extremamente elevadas.

A SF é uma doença de elevada magnitude no país. No estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50.000 parturientes com sífilis ativa e de 12.000 nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Essa prevalência variou de 1,9%, na região Nordeste, a 1,3%, na região Centro-Oeste⁹.

Foram notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1998 a junho de 2006, apenas 36.615 casos de sífilis congênita, demonstrando assim o grande sub-registro e a subnotificação desse agravo. A incidência passou de 1,3 caso por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 1,9 caso por 1.000 nascidos vivos em 2005. Entre os casos notificados em 2005, 78% das mães realizaram pré-natal. Destas, 56% tiveram o diagnóstico de SF 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, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm direcionado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.⁹

No Brasil, entre 1991 a 1999, o coeficiente de mortalidade por SC, em menores de um ano, manteve-se estável em cerca de quatro óbitos por 100.000, quando apresentou tendência decrescente, chegando, em 2005, a dois óbitos por 100.000 nascidos vivos.^{7,9}

A intenção de se alcançar a eliminação da sífilis congênita deve-se apoiar, ademais, na realização do acompanhamento pré-natal. Para a intenção da eliminação da SC do cenário da Saúde Pública, o mecanismo central é a atenção pré-natal, com a ampliação do acesso às gestantes e a qualificação desta assistência.^{7,9}

OBJETIVO

Relatar a prevalência de sífilis congênita (SC) em quatro principais maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Campo Grande – MS e verificar os dados epidemiológicos, obstétricos e perinatais da população geral e das portadoras de sífilis estudadas, destacando o seu papel como fator de qualidade de assistência pré-natal.

MÉTODOS

Estudo observacional transversal dos casos de SC ocorridos em amostra aleatória de 512 puérperas provenientes de quatro principais maternidades da cidade de Campo Grande MS, no período de 1º de fevereiro a 30 de abril de 2006. As puérperas foram submetidas a testes sorológicos não-treponêmicos (*venereal disease research laboratory* – VDRL) e, nos casos de suspeita de falso-positivo (colagenoses, reatividade do VDRL devido ao estado gravídico), a testes treponêmicos (*fluorescent treponemal antibody absorption* – FTA-Abs). O diagnóstico final baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*)¹⁰.

Segundo estes critérios, considerou-se portadora de SF toda gestante com: 1) título de VDRL superior a 1:4 e ausência de tratamento prévio ou 2) título menor ou igual a 1:4, mas sem tratamento prévio e que apresente quaisquer das seguintes condições: ausência de acompanhamento pré-natal, história de promiscuidade sexual, consumo de drogas injetáveis ou que o neonato apresente sinais clínicos ou radiológicos de sífilis congênita.

Com relação à SC, o CDC a classifica em duas categorias, conforme os achados laboratoriais: a história clínica da gestante e a realização do tratamento materno durante o acompanhamento pré-natal. Em casos de suspeita de SF, o procedimento é: 1) se confirmada: isolamento do *Treponema pallidum* em secreções, sangue, placenta ou necropsia, por meio de pesquisa em campo escuro, coloração de Giemsa ou técnica de imunofluorescência; 2) se presumível: todo o concepto com peso ao nascer maior ou igual a 500 gramas e/ou mais de 22 semanas de gestação, natimorto ou nativo, independente de manifestações clínicas ou laboratoriais, cuja mãe teve SF e não foi adequadamente tratada no pré-natal por ausência de triagem para SF durante a gestação, tratamento incompleto com penicilina ou completo há menos de 30 dias do nascimento, tratamento com outras drogas que não a penicilina, companheiro não tratado adequadamente e todo neonato com teste reagínico positivo para SF ou evidência de dois ou mais sinais e sintomas sugestivos de SC, título reator = 4 vezes o título materno no momento do parto e/ou positividade para anticorpos da classe IgM contra o *Treponema pallidum*.

Os dados foram coletados em formulário específico através de entrevista à beira do leito com as puérperas e verificação dos exames realizados durante o pré-natal ou no ato da internação. Foram incluídas apenas puérperas, sendo excluídas pacientes submetidas à curetagem pós-aborto.

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). As puérperas foram convidadas a participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados estão expostos através de estatística descritiva e as variáveis paramétricas na forma de média $\pm$ 1 DP.

RESULTADOS

A idade materna média da população geral foi de $24,4 \pm 6,2$, constatando-se que, dentre as infectadas, uma gestante (8,3%) era adolescente (= 19 anos), cinco (41,7%) encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e seis (50%) na faixa de 30 a 39 anos, conforme dados apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1. Distribuição percentual da população analisada quanto à faixa etária

Faixa etária	População analisada (%)	Infectada por <i>Treponema pallidum</i> (%)
10+- 20	22,3	8,3
20+- 30	56,4	41,7
30+- 40	20,1	50,0
40+- 45	1,2	0

Média: $24,5 \pm 6,2$ anos

Tabela 2. Características demográficas e epidemiológicas da população analisada.

Naturalidade	% das Infectadas pelo <i>T. pallidum</i>	% do Grupo Estudado
Campo Grande	33,3	50,79
Outra Cidade do MS	25,0	33,60
Outro Estado	41,7	15,61
UF		
MS	58,3	84,19
Outro Estado	41,7	15,81
Zona		
Urbana	83,3	91,32
Rural	16,7	8,68
Procedência		
Campo Grande	83,3	84,87
Outra Cidade MS	16,7	15,13
Outro Estado	0	0
UF		
MS	91,7	99,8
Outro Estado	8,3	0,2
Zona		
Urbana	100	94,89
Rural	0	5,11
Etnia do Grupo Analisado		
Amarelo	0	1,9
Branco	50,0	47,1
Negro	16,7	11,8
Pardo	33,3	39,2
Grau de Escolaridade		
Analfabeta	0	0,4
Ensino fundamental incompleto	50,0	32,4
Ensino fundamental completo	8,3	19
Ensino médio incompleto	0,0	18,6
Ensino médio completo	41,7	22,3
Ensino superior incompleto	0,0	5,5
Ensino superior completo	0,0	1,8
Estado Civil		
Solteira	41,7	30,22
Amasiada	41,7	28,23
Casada	16,7	39,76
Separada	0,0	1,79
Religião		
Católica	66,7	49,1
Espírita	0,0	0,4
Evangélica	16,7	26,7
Outra	16,7	13,1
Não refere	0,0	10,7
Profissão Atual		
Do lar	66,7	59,1
Doméstica	0,0	8,4
Autônoma	16,7	11,6
Estudante	0,0	9,4
Outra	8,3	11,6

Quanto às características demográficas e epidemiológicas da população analisada, a maioria das puérperas era natural da capital de Mato Grosso do Sul (50,79%), procedente de Campo Grande (84,89%), de zona urbana (99,8%), de etnia branca (47,1%), com ensino fundamental incompleto (32,4%), casada (39,76%), católica (49,1%) e de profissão do lar (59,1%) (**Tabela 2**).

A prevalência de SC observada foi de 2,3% (12 casos em 512 nascimentos). O coeficiente de SC encontrado foi de 23,4 casos por 1.000 nascidos vivos. Conforme os critérios do CDC, a totalidade dos casos estudados foi de SC presumível. O coeficiente de mortalidade perinatal por SC foi de zero.

Das 12 gestantes com diagnóstico positivo de SF, 75% relataram o acompanhamento pré-natal prévio, incluindo a adolescente. Em apenas 42% dos casos, o diagnóstico de sífilis materna foi realizado antes do parto. Somente 33% foram adequadamente tratadas durante o pré-natal, de modo a prevenir a transmissão vertical da doença. Os parceiros das gestantes infectadas não foram adequadamente tratados em aproximadamente 60% dos casos. Os filhos das pacientes foram rastreados para sífilis em apenas 40% dos casos.

O grupo analisado não apresentou contaminação concomitante de SF com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) igualmente passíveis de transmissão vertical. A **Tabela 3** demonstra a prevalência de outras DST e/ou infecções na população estudada.

DISCUSSÃO

A partir das características demográficas e epidemiológicas da população analisada, as infectadas pelo *T. pallidum* confirmam algumas características de estudos publicados quanto ao perfil de risco para a infecção de agentes causadores de DST e que contribuem para a maior prevalência de SC^{1,3,4}. O fator de destaque é a baixa escolaridade da metade das mulheres infectadas, pois não conseguiram completar o ensino fundamental. Essa estatística confirma a falta de informações importantes para a prevenção da SC. A etnia predominante do grupo portador foi branca, sendo a

Tabela 3. Distribuição da população estudada quanto a DST e doenças infecciosas

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Infecciosas	n	%
Sífilis	12	34,3
Toxoplasmose	5	14,3
Rubéola	0	0,0
HBV	3	8,6
HCV	0	0,0
CMV	0	0,0
HTLV	1	2,9
Doença de Chagas	0	0,0
HIV	1	2,9
<i>Chlamydia</i> spp.	13	37,1
Total	35	100,0

proporção percentual pouco menor que a de outros estudos. Essa pouca diferença pode ser explicada pela maior abrangência de classificação étnica deste estudo¹⁹. A maioria das entrevistadas é campo-grandense e procedente da capital de Mato Grosso do Sul. A totalidade das infectadas é procedente de região urbana.

A prevalência de SC neste estudo foi de 2,3%, classificada como alta pelos dados do Ministério da Saúde, pois a prevalência deste estudo foi maior que a prevalência de outras regiões do país e à do próprio Brasil¹⁹. Outros estudos sobre SF gestacional na mesma região deste estudo²⁰, afirmam que a média percentual é menor que a média nacional. Contudo, todos os estudos confirmam que a prevalência da SF é alta, pois a proposta preconizada pelo Ministério da Saúde era a erradicação da SF no país até 2000, o que infelizmente não foi atingido^{7,8,9,10}.

A transmissão vertical do *Treponema pallidum* é por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer período da gestação. Mostra-se, entretanto, mais comum após o 4º mês de gestação, quando da atrofia fisiológica das células de Langerhans no trofoblasto. Eventualmente, identifica-se contaminação perinatal secundária ao contato fetal com lesões infectantes maternas ou pela ingestão de líquido amniótico, o que justificaria a manifestação tardia da SC, meses após o parto, de crianças que se mostraram soronegativas logo após o nascimento^{4,5,12,13}. As taxas de transmissão perinatal de SF estão também diretamente relacionadas com a treponemia materna. Quanto maior for o número de treponemas circulantes, maior será o risco de infecção fetal^{5,10,14}. Tais informações justificam o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento dos casos de sífilis durante o pré-natal.

A cobertura de exames sorológicos para o rastreamento de infecções durante o pré-natal para grávidas em Mato Grosso do Sul é total para seus 78 municípios e sua abrangência populacional entre as gestantes é superior a 95%. O estado possui, desde 2002, o Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul (PPG-MS), que realiza a investigação de dez infecções (HIV, hepatites B e C, HTLV I e II, toxoplasmose, doença de Chagas, clamídia, sífilis, citomegalovírus e rubéola) e a fenilcetonúria materna, por meio da técnica do papel filtro²⁰⁻²². Entretanto, a maior cobertura populacional em termos diagnósticos não é sufi-

ciente para a redução das taxas de SC, segundo os dados aqui expostos.

Diferente dos dados referentes à cobertura populacional de exames nas gestantes do estado de Mato Grosso do Sul, a qualidade da assistência pré-natal da cidade de Campo Grande foi ineficiente ao público analisado por esse estudo. Apenas três quartos das infectadas tiveram acompanhamento pré-natal. E, contrariando protocolos preconizados por diversas organizações^{7,9-11}, menos da metade das gestantes foram tratadas antes do parto, apenas um terço foi adequadamente tratada para a prevenção de SC, mais de 50% dos parceiros não foram tratados e mais da metade das pacientes não receberam orientações ou solicitação de rastreamento dos filhos anteriores, conforme dados expostos nos Gráficos 1-4.

Quanto ao tratamento do parceiro, não se obteve êxito por decorrência do estado civil de algumas portadoras da infecção, sendo aproximadamente 42% do grupo formado por solteiras. Outras possíveis razões são a baixa escolaridade e/ou a não aceitação do parceiro em receber o tratamento. A questão social e o questionamento de infidelidade ou a dificuldade de abordagem dos profissionais de saúde nas questões de sexualidade relacionadas com as DST também dificultam a aderência dos parceiros no tratamento da sífilis gestacional^{7,9,10}.

A triagem neonatal para a SF foi ineficaz, mais da metade dos filhos das mães contaminadas (58,3%) não obtiveram rastreamento para SF e menos de 1/5 do total de recém-nascidos (RN) do grupo infectado foi tratado, contrariando novamente os protocolos do MS^{7,9,10}. Porém, não houve óbitos de RN de todo o grupo entrevistado.

Um dado de grande relevância neste estudo foi a detecção da infecção de *Chlamydia* spp. em 37,1% de todo o grupo e não estar associado à SC. O rastreamento para clamídia também é oferecido de rotina no PPG-MS. Tal informação merece certamente estudos futuros, que podem contribuir para a prevenção de partos pré-termo, amniorrexe prematura e morbidades neonatais associadas à clamídia.

Gráfico 1. Período de diagnóstico para SF no grupo infectado

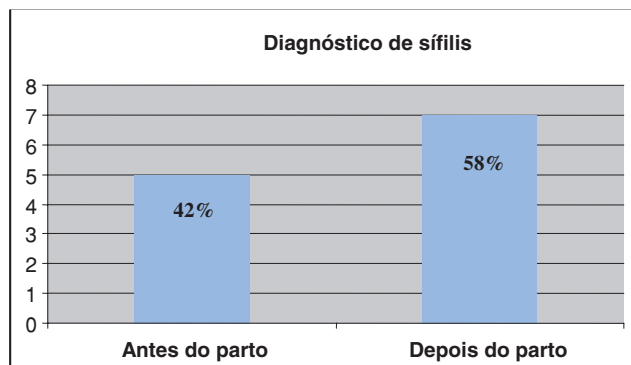


Gráfico 2. Tratamento para SF no grupo de puérperas infectado

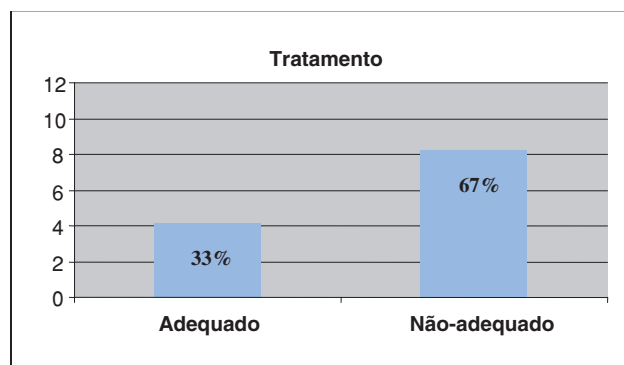
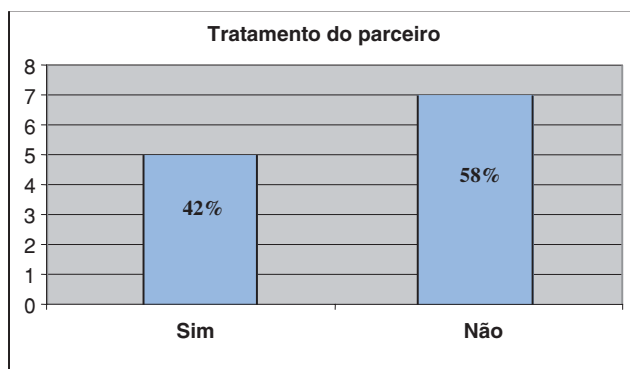
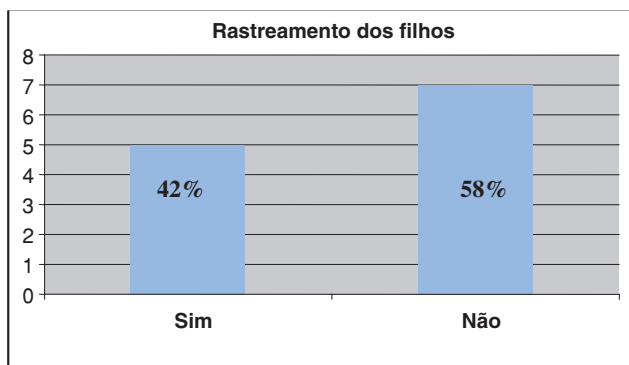


Gráfico 3. Tratamento dos parceiros das entrevistadas infectadas**Gráfico 4.** Realização do rastreamento dos filhos do grupo infectado

CONCLUSÃO

Os achados obtidos no presente estudo reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis congênita como indicador de qualidade da assistência perinatal, visto ser esta doença ser totalmente evitável por meio da assistência pré-natal.

A constatação da elevada prevalência de puérperas infectadas, o não-tratamento adequado das pacientes e seus parceiros, e o não rastreamento adequado dos filhos, apesar de terem relatado, em 75% da amostra, o acompanhamento pré-natal, refletem a necessidade de se rever ou mesmo reformular a assistência pré-natal ofertada às mulheres estudadas, enfatizando o seu aspecto qualitativo, a fim de se reduzir a transmissão vertical da sífilis.

Os dados sócio-demográficos da amostra não foram diferentes de outros estudos e traduzem o perfil sócio-cultural de nosso país.

É necessário o comprometimento de todos os profissionais de saúde quando o objeto de discussão é a saúde da população e incentivar mais pesquisas para o monitoramento das DST, objetivando a redução ou até mesmo a erradicação da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerbase AC, Toscano C, Titan S, Cuchí P, González-Salvatierra R, Zacarias F. Sexually transmitted diseases in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*; 1999; 6: 362-70.
2. Bam RH, Cronje HS, Muir A, Griessel DJ, Hoek BB. Syphilis in pregnant patients and their offspring. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 44: 113-8.

3. Madi JM, Baldisserotto FDG, Estivalet FF, Almeida FO, Kämpf FL, Fachinello GZ. Sífilis no ciclo gestacional: revisão das atuais tendências epidemiológicas, motivada pelas diferentes evoluções de três casos relatados. *Rev Cient AMECS* 1999; 8: 47-54.
4. Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Holanda VGDA. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *J Pediatr (Rio de Janeiro)* 1999; 75: 119-25.
5. Lorenzi DRS, Madi JM, Pontalti L, Pölkin A, Ribas FE, Weissheimer L. Sífilis congênita: revisão de 35 casos. *GO Atual* 2000; 9: 15-8.
6. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Bastos Dias MA, Ratto KMN, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2): 103-111.
7. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos Aids. *Boletim Epidemiológico Aids e DST* 2005; II(1): 26-31.
8. Vasconcellos M. Sífilis congênita: a solução está em não ter vaidades. *Femina* 2000; 28: 101-2.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Acessado em 20 de novembro de 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Manual de assistência e vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47 RR-1:1-111.
12. Duarte G. Sífilis e gestação. In: Cunha SPC, Duarte G, editores. *Gestação de Alto Risco*. 1ª ed. São Paulo: Médica e Científica; 1998. p.277-88.
13. Charles D. Sífilis: infecções obstétricas e perinatais. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.371-97.
14. Miura E. Neonatologia: princípios e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Sífilis congênita. p.332-8.
15. Rawstron SA, Vetrano J, Tannis G, Bromberg K. Congenital syphilis: detection of *Treponema pallidum* in stillborns. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 24-7.
16. Gosbell IB, Sullivan EA, Maidment CA. An unexpected result in an evaluation of a serological test to detect syphilis. *Pathology* 1999; 31: 398-402.
17. Donders GG, Desmyter J, Hooft P, Dewet GH. Apparent failure of one injection of benzathine penicillin G for syphilis during pregnancy in human immunodeficiency virus-seronegative African women. *Sex Transm Dis* 1997; 24: 94-101.
18. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como indicador da Assistência Pré-natal. *RBGO* 2001; 23(10): 647-652.
19. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo CMD. Estudo da Prevalência de Sífilis Congênita em um Hospital da Rede SUS de Niterói – RJ. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(1): 18-23.
20. Figueiró-Filho EA, Senefonte FRA, Lopes AHA, Moraes OO, Souza Júnior VG, Maia TL, Duarte G. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2007; 40(2): 181-7.
21. Figueiró-Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza Júnior VG, Botelho CA, Duarte G. Infecção pelo vírus linfotrófico de células T humanas e transmissão vertical em gestantes de estado da região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(12): 719-25.
22. Figueiró-Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza Júnior VG, Botelho CA, Figueiredo MS, Duarte GA. Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(8): 442-9.

Endereço para correspondência:

ERNESTO ANTONIO FIGUEIRÓ-FILHO

E-mail: eafigueiro@uol.com.br

Enviado em: 31/12/2007

Aprovado em: 31/01/2008

ANÁLISE DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ

EVALUATION OF CONGENITAL SYPHILIS CASES AT THE MATERNITY OF THE HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ

Regina Célia SC Fernandes¹, Paulo GCC Fernandes², Talita Y Nakata²

RESUMO

Introdução: nos dias atuais, a sífilis congênita continua sendo um importante desafio no campo da saúde pública, apesar da facilidade para o seu diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** avaliar a abordagem diagnóstica e o tratamento da sífilis materna e do recém-nascido na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **Métodos:** revisão de prontuários e entrevistas com gestantes que apresentavam VDRL positivo no parto ou na curetagem e análise dos prontuários de seus recém-nascidos, no período de agosto de 2006 a abril de 2007. **Resultados:** houve uma prevalência de 1,18% (25/2.117) de gestantes com VDRL positivo. Só 8% (2/25) das gestantes com VDRL positivo tiveram o diagnóstico no primeiro trimestre. Em apenas 28% (7/25) dos casos o tratamento materno foi correto, em 40% dos casos (10/25) sequer foi realizado. Apenas 12% (3/25) dos parceiros foram tratados. Em 80% (16/25) dos casos os recém-nascidos foram assintomáticos, mas se comprovaram alterações ósseas em 10% (2/25) e positividade do VDRL líquido em 35% (7/25). Todos foram investigados e tratados corretamente. **Conclusão:** houve redução expressiva da positividade do VDRL entre as gestantes para o período de estudo quando comparada com os dados de 2001 e 2003. Ainda persiste o desafio da captação precoce das gestantes e do seu tratamento apropriado, bem como de seus parceiros, que são fundamentais para o controle deste agravo.

Palavras-chave: sífilis congênita, gestantes, recém-nascido, DST

ABSTRACT

Introduction: congenital syphilis remains an important challenge to public health despite the availability of diagnosis and treatment. **Objective:** studying the diagnostic evaluation and the treatment of maternal syphilis as well as their newborns at the Maternity of the Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **Methods:** revision of clinical records and interviews with pregnant women presenting positive VDRL at delivery or submitted to curettage; revision of clinical records of their newborns, from August 2006 to April 2007. **Results:** the prevalence of positive VDRL among pregnant women was 1.18% (26/2117). Only 8% (2/25) of positive VDRL pregnant women were identified at first trimester. In 28% (7/25) pregnant women were correctly treated and treatment was not performed in 40% of the cases (10/25). Only 12% (3/25) of their partners were treated. Newborns were free of symptoms in 80% (16/25) of cases. Bone involvement was present in 10% (2/25) of newborns and positive VDRL in cerebrospinal fluid reached 35% (7/25). All babies were correctly investigated and treated. **Conclusion:** there was an expressive reduction in prevalence of positive VDRL among pregnant women for the period of study as compared with data from 2001 and 2003. The challenge of precocious identification and correct treatment of pregnant women still remains, as well as their partners, fundamental aspects for disease control.

Keywords: congenital syphilis, pregnant women, newborn, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença relatada desde o século XV e que ainda hoje representa um sério desafio para a Saúde Pública. Na década de 1940 com a comercialização da penicilina, à qual o *Treponema pallidum* é suscetível, acreditou-se na possibilidade de sua erradicação, o que não se concretizou. A partir dos anos 1980 ela volta a ter destaque associada a novos fatores: uso de drogas lícitas e ilícitas, prostituição, gravidez na adolescência, migração para os grandes centros urbanos e acesso limitado aos cuidados de saúde¹. Mais de 12 milhões de novos casos ao ano são registrados, especialmente nos países em desenvolvimento². A transmissão da sífilis congênita ocorre em praticamente todos os casos de mães com sífilis primária ou secundária não tratadas (70% a 100% e 90%, respectivamente)¹. Ela pode acontecer em qualquer fase da gravidez ou estágio da doença materna.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que a sífilis determine 460.000 abortos ou natimortos e 270.000 recém-nascidos com a infecção congênita por ano³. Lima, em 2004, estudando a mortalidade por sífilis congênita em diferentes regiões brasileiras demonstrou que em 30,8% dos casos nascidos vivos, o óbito ocorreu ainda no primeiro dia após o nascimento, com sobrevivência além do primeiro mês de apenas 18,8%⁴. Somente a identificação das gestantes afetadas precocemente e o seu tratamento podem modificar este cenário.

Compreendendo a gravidade do problema, o Ministério da Saúde lançou em 1993 o projeto de eliminação da sífilis congênita, de acordo com a proposta formulada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde⁵. Foi definida como meta uma incidência menor ou igual a um caso em 1.000 nascidos vivos, que até hoje não foi atingida. Uma das estratégias utilizadas para concretizar esta meta foi a criação dos GISC (Grupos de Investigação da Sífilis Congênita), um dos quais foi instalado em 2001 no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos e que permitiu vislumbrar a magnitude do problema em nosso município.

¹Médica Pediatra, Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Professora da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos.

²Alunos do sexto ano da Faculdade de Medicina de Campos. Bolsistas de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina de Campos.

Nos anos de 2003 e 2004 na mesma instituição foi avaliado o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL positivo no parto ou na curetagem⁶.

E agora, em 2006/2007, pretendemos estudar como é feita a avaliação e o tratamento da sífilis materna e do recém-nascido que são fundamentais para o êxito na prevenção e também no desfecho dos casos complicados por infecção fetal.

OBJETIVO

Determinar a prevalência de VDRL positivo em gestantes admitidas para parto ou curetagem no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ; estudar a época do diagnóstico da sífilis materna, seu tratamento e o de seu parceiro; avaliar os aspectos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos afetados, bem como a terapia a que foram submetidos.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado no período de 1^a de agosto de 2006 a 30 de abril de 2007, na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. Foram obtidos os dados analisados a partir dos prontuários e de entrevistas com gestantes admitidas para parto ou curetagem e pela consulta dos prontuários dos recém-nascidos. Todas as gestantes foram cientificadas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento autorizando a utilização e a divulgação das informações conseguidas.

Foi adotada a definição de caso de sífilis congênita proposta pelo Ministério da Saúde em 2004⁷. “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 da curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.”

Considerou-se como tratamento correto para a sífilis aquele preconizado pelo Ministério da Saúde⁸: 2.400.000 UI de penicilina benzatina na sífilis primária; na sífilis secundária e latente, 4.800.000 UI; e para a terciária ou de estágio ignorado, 7.200.000 UI. A investigação completa dos recém-nascidos compreendeu VDRL sérico, hemograma completo, Rx de ossos longos e VDRL líquido. O tratamento do recém-nascido com alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas incluiu a penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose EV de 12 em 12 horas nos sete primeiros dias e na segunda semana de 8 em 8 horas por dez dias ou a penicilina procaína 50.000 UI/kg em dose única diária por dez dias; em casos com alterações líquóricas sempre foi utilizada a penicilina cristalina nas doses anteriormente referidas e por dez dias; e em crianças sem alterações radiológicas, líquóricas e com sorologia negativa, 50.000 UI/kg/dose única de penicilina benzatina pela via intramuscular.

As variáveis estudadas foram: época do diagnóstico materno; tratamento materno no pré-natal e no parto; tratamento do parceiro; manifestações clínicas do recém-nascido; investigação laboratorial dos recém-nascidos por VDRL sérico, Rx de ossos longos e VDRL líquido e seus tratamentos.

Considerações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Regional de Ética em Pesquisa em Humanos da Faculdade de Medicina de Campos (folha de rosto nº 140.649).

RESULTADOS

A **Tabela 1** demonstra a queda da prevalência de VDRL positivo entre gestantes admitidas para parto ou curetagem no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ, no período de 2001 a 2007.

O diagnóstico tardio da sífilis materna é bem caracterizado na **Tabela 2**, onde no período de 2006 a 2007 apenas 8% das gestantes dos casos de sífilis congênita tiveram o diagnóstico no primeiro trimestre.

Outro aspecto relevante para o controle da sífilis congênita é o tratamento correto da sífilis materna e o tratamento do parceiro (**Tabela 3**). Das gestantes analisadas e tratadas, só 47% o foram de forma correta e apenas 12% dos parceiros foram tratados.

A **Tabela 4** ilustra o perfil atual da sífilis congênita, 80% dos menores caracterizados como casos de sífilis congênita foram assintomáticos.

A **Tabela 5** mostra que 70% dos menores tiveram VDRL = 4; 10%, alterações ósseas e 35% VDRL positivo no líquido. Foram confirmados 36% dos casos (**Tabela 6**).

Tabela 1. Prevalência de VDRL positivo entre gestantes admitidas para parto ou curetagem na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ

Ano	Gestantes analisadas (n)	Gestantes com VDRL positivo (n)	Prevalência (%)
2001 ^a	1.742	59	3,50
2003	1.705	26	1,52
2006/2007 ^b	2.117	25 ^c	1,18

^a Período de janeiro a setembro de 2001.

^b Período de agosto de 2006 a abril de 2007.

^c Houve quatro casos de aborto e um natimorto.

Tabela 2. Casos de sífilis congênita, segundo a época do diagnóstico da sífilis materna, Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ (agosto de 2006 a abril de 2007)

Variável	n	%
Gestantes com VDRL positivo	25	100
Diagnóstico da sífilis materna no primeiro trimestre	2	8
Diagnóstico da sífilis materna no segundo trimestre	9	36
Diagnóstico da sífilis materna no terceiro trimestre	8	32
Diagnóstico no parto ou na curetagem	5 ^a	20

^a Em um caso, a mãe teve VDRL negativo na gestação e no parto e o diagnóstico de sífilis congênita foi feito durante a investigação, porque o bebê desenvolveu quadro de sepse nos primeiros dias de vida.

Tabela 3. Casos de sífilis congênita, segundo o tratamento da sífilis materna e dos parceiros, Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ (agosto de 2006 a abril de 2007)

Variável	n	%
Tratamento no pré-natal		
Correto	7	28
Incorreto	8	32
Não realizado	10	40
Tratamento no parto		
Correto	16	64
Incorreto	1	4
Não realizado	8	32
Tratamento dos parceiros		
Realizado	3	12
Não realizado*	22	88

* Quatro parceiros não foram tratados porque o VDRL foi negativo.

Tabela 4. Casos de sífilis congênita, segundo as manifestações clínicas e laboratoriais dos recém-nascidos, Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ (agosto de 2006 a abril de 2007)

Manifestações clínicas	n	%
Assintomático	16	80
Anemia	3	15
Alterações ósseas	2	8
Alteração líquórica	7	28

Tabela 5. Casos de sífilis congênita, segundo os resultados da investigação por VDRL de sangue periférico, Rx de ossos longos e VDRL líquórico

Variável	n	%
VDRL do sangue periférico		
≥ 1:4	14	70
< 1:4	4	20
Negativo	2	10
Rx de ossos longos		
Sem alterações	18	90
Com alterações	2	10
VDRL do líquido		
Negativo	13	65
Positivo	7	35

Tabela 6. Casos de sífilis congênita, segundo a classificação final, Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ (agosto de 2006 a abril de 2007)

Variável	n	%
Confirmado	9	36
Presumível	14	56
Descartado	2	8

DISCUSSÃO

A sífilis congênita ainda é causa de morbimortalidade perinatal, apesar de ser prevenível pelo diagnóstico e pelo tratamento maternos. Desde 1986 ela é considerada doença de notificação compulsória⁹, mas a subnotificação ainda é elevada e, a partir de 2005, a notificação obrigatória foi estendida ao período gestacional numa tentativa de aumentar a visibilidade e o combate ao agravo¹⁰.

O presente estudo revelou uma queda de prevalência de VDRL positivo entre gestantes admitidas para parto ou curetagem, de 3,5% em 2001 para 1,18% no período de 2006 a 2007, o que deve ser creditado ao maior diagnóstico da sífilis, antenatal e durante o pré-natal. Este valor é inferior à média para a região Sudeste identificada pelo Estudo Sentinela-Parturiente de 2004, que foi de 1,6%¹¹. Saraceni *et al.*, na cidade do Rio de Janeiro, também registraram queda de VDRL positivo durante a gestação de 4,7% em 1999 para 2,8% em 2004, fato creditado às campanhas para o aumento da testagem e à intensificação da vigilância epidemiológica¹². No Espírito Santo, análise de incidência de sífilis congênita no período de 2000 a 2005 revelou também uma queda, porém bem mais discreta, de 5,32% em 2000 para 5,08% em 2006¹³.

Apesar da queda dos valores de VDRL positivo nas parturientes analisadas, ainda estamos distantes da meta para a eliminação da sífilis congênita e isto é particularmente sério no contexto de gravidez na adolescência, uso de drogas, não utilização do preservativo, pandemia do HIV, comparecimento tardio ao pré-natal e desinformação.

O diagnóstico tardio da doença materna, impedindo o seu tratamento e acompanhamento da resposta ao mesmo, bem como a investigação e o tratamento do parceiro foi a regra. Em apenas 8% dos casos de sífilis congênita estudados, o diagnóstico foi estabelecido no primeiro trimestre. Na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2003, 17%, e em 2004, apenas 19,6% das gestantes tiveram diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre¹². Como o comparecimento ao pré-natal é elevado, foi de 84,8% nos casos analisados em 2003 e 2004 na mesma instituição⁶, acreditamos que, além do desconhecimento da importância do diagnóstico precoce, possa haver dificuldade adicional em realizar prontamente o VDRL e no agendamento de nova consulta para que o obstetra possa definir o tratamento a ser instituído.

Foi verificado que no grupo analisado 60% (15/25) das gestantes com sífilis foram tratadas e, em apenas 47% (7/15) destes casos, de forma correta. O tratamento não foi instituído nas não tratadas (10/25) pela negatividade do exame inicial em 50% (5/10) dos casos, sendo que nenhuma destas gestantes foi submetida a um novo exame no último trimestre, conforme é recomendado pelo Ministério da Saúde. Isto ocorreu provavelmente pela chegada tardia ao pré-natal acrescida da possibilidade de demora no acesso aos exames realizados e a consequente dificuldade em sua submissão à análise e à intervenção do médico responsável pelo acompanhamento pré-natal. Ainda entre as gestantes não tratadas, 30% (3/10) não se submeteram ao exame de VDRL. Em um caso, 10% (1/10), a gestante não usou a medicação prescrita e em outro, 10% (1/10) o tratamento não chegou a ser prescrito porque o acesso ao resultado só se deu muito próximo ao parto,

resultando a gestação em um natimorto. Tais resultados ratificam a importância de um pré-natal iniciado o mais breve possível, de qualidade e resolutivo.

O tratamento inicial ou retratamento da sífilis materna durante o parto foi instituído em 68% dos casos (17/25) e em 32% (8/25) ele não chegou a ser iniciado na maternidade, sendo a paciente e seu parceiro referidos para a unidade responsável por atendimento de portadores de doenças sexualmente transmissíveis. Isto tem como grave inconveniente a possibilidade de não haver adesão à conduta e do advento de nova gestação com risco mais uma vez de infecção e morte fetal.

O tratamento do parceiro é indispensável para que a gestante possa ser considerada eficientemente tratada, e só ocorreu em 12% (3/25) dos casos. Em 18% (4/22) dos parceiros não tratados, a justificativa para tal fato foi o VDRL ter sido negativo durante a investigação. Isto já tinha sido verificado em estudo anterior na instituição quando apenas 9,1% dos parceiros foram tratados⁶ e também em outros estudos nacionais^{1,12,14}, com valor tão baixo quanto 4,4% na microrregião de Sumaré, São Paulo¹⁴.

Fica bem claro do exposto: o retardo no diagnóstico da sífilis materna, única forma de prevenção da doença fetal; o tratamento tardio e incorreto da gestante; além da baixa captação do parceiro para testagem e se necessário tratamento. Penso que gestores e epidemiologistas aí encontram uma importante área para a atuação. Há que se entender por que o diagnóstico não é feito no primeiro trimestre e por que em tão pequeno número de casos as gestantes são reavaliadas no terceiro. A interface com o Programa de Saúde da Família e de Saúde da Mulher deve ser explorada. Há também que reciclar periodicamente os profissionais de saúde para evitar condutas errôneas no atendimento pré-natal, devendo eles também ser capacitados no aconselhamento para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Apesar de todos os documentos relativos à sífilis disponibilizados pela Coordenação Nacional de DST e Aids, ainda persiste o despreparo dos profissionais de saúde.

Com relação ao quadro clínico apresentado pelos recém-nascidos caracterizados como casos de sífilis congênita, a exemplo do que vem sendo referido na literatura na era pós-penicilina^{15,16}, 80% deles foram assintomáticos. Donalísio *et al.*, analisando casos de sífilis congênita na microrregião de Sumaré, São Paulo, encontraram 77,3% de casos assintomáticos¹⁴. Entre os casos notificados e investigados de sífilis congênita, no Brasil, no período de 1998 a 2006, 68,2% não apresentaram manifestações clínicas¹⁷. Nos casos sintomáticos verificamos que a anemia foi a alteração clínica mais comum. Fica assim demonstrado que apenas a testagem sistemática da gestante poderá levar ao diagnóstico da doença fetal, na maior parte dos casos, nos dias atuais.

Analisando os 25 casos de sífilis congênita, em 70% deles o VDRL foi = 1:4. Em dois casos (10%) foi comprovada alteração óssea e tivemos positividade do VDRL líquido em sete casos (35%), todos assintomáticos.

A positividade do VDRL líquido classicamente é associada à sífilis congênita sintomática^{18,19}, mas pode estar presente em 8% de lactentes assintomáticos¹⁹. Há também que se considerar a possibilidade descrita por diferentes autores de passagem de IgG materna da circulação para o espaço subaracnóideo^{18,20}. Não foi

descrito nenhum acidente de punção. Nos sete casos com positividade do VDRL no líquido, em três oportunidades o tratamento materno não foi realizado; houve três casos de tratamento incorreto; e em apenas um caso ele foi realizado e corretamente. Todos, no entanto, foram tratados conforme a recomendação para neurosífilis no recém-nascido. Tal constatação chama a atenção para a necessidade de sistematicamente estudar o líquido de lactentes classificados como casos de sífilis congênita e, quando isto não for possível, tratá-los como se a neurosífilis estivesse presente.

Finalmente, foi muito gratificante constatar que todos os recém-nascidos foram perfeitamente investigados e tratados, segundo as recomendações do Programa Nacional de DST e Aids⁸ e encaminhados para seguimento em ambulatório de referência.

CONCLUSÃO

O presente estudo muito bem ilustra o espectro clínico e laboratorial da sífilis congênita, que persiste, apesar do esforço para a sua eliminação por meio do diagnóstico da sífilis na gestação, da disponibilização da terapia e da ênfase na vigilância epidemiológica. As diretrizes para o seu controle já são bem identificadas e devem ser seguidas por gestores e profissionais de saúde. Cada novo caso deve ser sempre interpretado como uma falha em um dos pilares do processo.

Agradecimentos

O presente estudo recebeu o apoio financeiro da Faculdade de Medicina de Campos através do Programa de Bolsas de Iniciação Científica. Nossa gratidão ao Professor Dr. Enrique Medina-Acosta pelo auxílio na revisão do texto. Um agradecimento especial às colegas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos sob a coordenação de Dra. Patrícia Lizandro Albernaz, responsáveis pela investigação completa e pelo tratamento dos menores casos de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sampaio MG. Sífilis Congênita: aspectos clínicos e epidemiológicos atuais de uma doença antiga. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
2. Hook EWIII, Peeling RW. Syphilis control – a continuing challenge. *N Engl J Med* 2004; 351: 122-124.
3. Finelli L, Berman SM, Koumans EH. Congenital syphilis. *Bull World Health Org* 1998 (suppl 2); 76: 126-128.
4. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras de Patologia e Medicina Laboratorial* 2002; 38(4): 267-271.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde; 1997.
6. Fernandes RSC, Fernandes RSC, Fernandes RCSC. Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita em uma maternidade do município de Campos dos Goytacazes, RJ: *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos* 2006; 1(1): 15-19.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS* 2004; 1: 12-17.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Sífilis congênita: diretrizes para o controle. Brasília: MS; 2005.
9. Brasil. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 de dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados labo-

- ratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p. 111, 15 jul. 2005, Seção 1.
11. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em púerperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Pública 2004; 16: 168-175.
 12. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gestação. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2007; 16(2): 103-111.
 13. Lima LHM, Gurgel MFC, Moreira-Silva SF. Avaliação da Sífilis Congênita no Estado do Espírito Santo. DST J bras Doenças Sex Transm 2006; 18(2): 113-114.
 14. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16(3): 165-173.
 15. Zenker PN, Berman SM. Congenital syphilis: trends and recommendations for evaluation and management. Pediatr Infect Dis J 1991; 10: 516-522.
 16. Radolf JD, Sanchez PJ, Schulz KF, Murphy KF. Congenital syphilis. In: Holmes KK, editor. Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw-Hill; 1999. p.1165-1189.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2006; 3(1).
 18. Ingall D, Sánchez PJ. Syphilis. In: Remington JS, Klein JD, eds. Infectious Diseases of the Fetus & Newborn Infant. 5th ed. Philadelphia: W B Saunders, 2001; 643-681.
 19. Woods CR. Syphilis in Children: Congenital and Acquired. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16: 245-257.
 20. Tagarro A, García-Alix A, Alarcón A, Hernanz A, Quero J. Congenital syphilis: β_2 -microglobulin in cerebrospinal fluid and diagnosis of neurosyphilis in an affected newborn. J Perinat Med 2005; 33: 79-82.

Endereço para correspondência:**REGINA CÉLIA DE SOUZA CAMPOS FERNANDES**

Rua Rafael Danuncio Damiano, 277

Campos dos Goytacazes – RJ.

CEP: 28013-035

E-mail: reg.fernandes@bol.com.br

Recebido em: 26/10/2007

Aprovado em: 27/12/2007

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ NO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO URUARÁ-ÁREA VERDE

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE ON SYPHILIS IN THE PREGNANCY AT CENTRO DE SAÚDE DO URUARÁ-ÁREA VERDE DISTRICT

Osmarina N Pires¹, Zilma NS Pimentel², Marcos Vinicius S Santos³, Wilkcy A Santos³

RESUMO

Introdução: a sífilis é causa de grande morbidade na vida intra-uterina, com efeitos desastrosos para o feto e negativos para a gestação, o que representa um problema de saúde pública no grupo materno-infantil, prioritário na política do Ministério da Saúde (MS). **Objetivo:** avaliar a vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde, em Santarém, Pará, Brasil. **Métodos:** realizou-se um estudo transversal dos prontuários de 143 gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal, tomando como amostra todas as grávidas atendidas no período de 1^a de fevereiro a 31 de maio de 2007. A efetividade da vigilância foi relacionada com a preconizada pelo MS, referente à solicitação do teste não-treponêmico (VDRL) correlacionado com idade gestacional de adesão ao programa, número de gestações, partos e abortamentos anteriores. **Resultados:** na amostra considerada, observou-se: amplitude da idade materna de 14 a 37 anos; 56 gestantes < 20 anos; 23 (16,1%) com histórias clínicas de abortamentos anteriores; 114 (79,7%) iniciaram o pré-natal a partir da 13^a semana de gravidez; em 140 (97,9%) foi solicitado o teste na inscrição e em 1 (uma) não houve solicitação de nenhum teste. **Conclusões:** os dados deste estudo mostram que é possível avaliar a vigilância da sífilis na gravidez mediante o monitoramento da sorologia para sífilis (e deste modo avaliar o próprio pré-natal), o que constitui um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo, orientar ações de vigilância, controle e eliminação da sífilis congênita na população da unidade, sendo passível de expansão para todo o município.

Palavras-chave: gravidez, doenças sexualmente transmissíveis-sífilis, epidemiologia, DST

ABSTRACT

Introduction: syphilis is the cause of great morbidity in the intrauterine life, with disastrous effect for the embryo and negatives for gestation, representing a problem of public health in the maternal-infantile, a priority group for the Ministry of Health politics. **Objective:** to evaluate epidemiological surveillance on syphilis in the pregnancy, a cross sectional study was conducted from 143 handbooks of pregnant women supported by prenatal service in the period of February 1st to May 31st 2007, in the community of Centro de Saúde do Uruará - Área Verde district, Santarém, Pará, Brazil. **Methods:** the effectiveness of the surveillance was related with the one indicated by the Ministry of Health, referring to non-treponemic test (VDRL) request according to maternal age of adhesion to the program, numbers of previous childbirths and abortions. **Results:** from the considered samples: maternal age extension ranged from 14 to 37 years-olds, there were 56 pregnant women under 20 years-old; 23 (16,1%) with clinical histories of previous abortions; 114 (79,7%) enrolled the prenatal service from the 13th week of pregnancy; treponemic test was requested to 140 women (97,9%) but for one was not asked to do any test. **Conclusions:** the data of this study show the possibility of evaluating syphilis surveillance in pregnancy from serological tests in mothers (as well as prenatal service) as an effective indicative signal of the problem, guiding health surveillance practices as an attempt to control and eliminate congenital syphilis in the community analyzed and also in the city.

Keywords: pregnancy, sexually transmitted diseases-syphilis, epidemiology, STD

INTRODUÇÃO

A promoção à assistência pré-natal para prevenção e vigilância da sífilis é um importante desafio assumido pela atenção básica à saúde para impactar na morbimortalidade da vida intra-uterina.

Mesmo conhecida pela humanidade há vários séculos, a sífilis continua como um crescente desafio, sendo considerada, em alguns países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o principal problema de saúde pública. De acordo com informes da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ nesses países, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras de sífilis. Isso mostra que o controle das doenças sexualmente transmissíveis continua sendo um dos maiores obstáculos da saúde pública, em razão das constantes mutações e alterações sociais, econômicas,

culturais, comportamentais, sexuais, psicológicas e estruturais da população.

A sífilis e a sífilis congênita, por exemplo, apesar de nos dias de hoje a terapêutica medicamentosa ser eficaz e ter relativa facilidade para o seu diagnóstico, controle e prevenção, ainda apresentam alta incidência e prevalência, não só nos países subdesenvolvidos como também nos mais ricos, como Estados Unidos da América, Austrália e países da Europa^{2,3}.

1. A sífilis frente às políticas públicas no Brasil

No Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras desta doença, havendo um risco de transmissão vertical do treponema ao redor de 50% a 80% e taxas de mortalidade perinatal de até 40%⁴.

O Ministério da Saúde, ciente dos riscos perinatais e da magnitude da sífilis gestacional e congênita, tornou compulsória, a partir de 1986, a notificação da sífilis congênita; assumindo, em 1995, o compromisso junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a elaboração do Plano de Ação visando à eliminação da sífilis congênita até o ano de 2000, tendo como meta definida um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1.000

¹Especialista-Coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV-Aids do oeste do Pará.

²Residência em Pediatria – Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará – Campus XII.

³Graduando em Medicina – Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Campus Santarém.

nascidos vivos⁵. Em 1997, visando a adequar essas metas à política nacional de controle, o MS passou a considerar que o registro de um caso por 1.000 nascidos vivos representava a meta de eliminação da sífilis congênita.

Por ser a sífilis uma entidade clínica totalmente passível de prevenção por meio da identificação e do tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal, o MS preconiza a solicitação rotineira e obrigatória de, no mínimo, dois testes sorológicos não-treponêmicos para o diagnóstico (VDRL) na assistência pré-natal: no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre (aproximadamente na 28ª semana). Em caso de falha da vigilância sorológica ou situações de elevado risco, torna-se fundamental o conhecimento da sorologia da mãe no momento do parto⁶.

Entretanto, conforme os informes oficiais do próprio governo brasileiro (Boletim Epidemiológico Aids e DST)⁷, as taxas de sífilis congênita ainda permanecem extremamente elevadas (1,9/1.000 nascidos vivos em 2005), visto que não foi considerado o processo de saúde-doença incorporado na cadeia de transmissão e contaminação, que tem, como principal pilar, o binômio cultura-comportamento.

2. Os últimos dados da sífilis em linhas regionais

Em análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, de 1996 a 2005 (Boletim Epidemiológico Aids e DST)⁷, verificou-se que foram notificados e investigados no Brasil 36.615 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, dos quais a região Norte representou 2.498 (6,8%) dos casos. No Estado do Pará ocorreu o aumento da taxa de incidência da doença (0,9-1,9 caso) com relação ao ano de 2004. Esse aumento pode ser resultante dos esforços do Ministério da Saúde e da Vigilância Epidemiológica dos Estados na capacitação de recursos humanos e na detecção, notificação e investigação dos casos de sífilis congênita, demonstrando a magnitude do problema de subnotificação.

3. Assistência pré-natal e subnotificação no contexto de Santarém

Acredita-se que, em linhas regionais, a Amazônia, e em particular o município de Santarém, no Estado do Pará, por apresentar atraso econômico e cultural com relação ao restante do país, baixos níveis educacionais, dificuldade na acessibilidade geográfica e no fluxo de informações e, ainda, por ser um pólo de atração populacional do oeste do Pará, transformou essa região em uma área de alto risco para a incidência de DST, principalmente a sífilis. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) houve apenas um caso deste agravo notificado em grávidas no município de Santarém, em 2006 (SINAN, 2006), o que levanta as hipóteses relacionadas com a dificuldade no acesso das gestantes ao serviço de saúde, a dificuldade no tratamento dos parceiros e a prova de que as ações de vigilância da sífilis congênita no município são realizadas de forma desarticulada. Limitando-se, assim, apenas à notificação de poucos casos a cada ano, principalmente por um único serviço, o que indica uma possível subnotificação e não um controle da doença.

OBJETIVO

Avaliar a vigilância da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro do Uruará-Área Verde, no período de fevereiro a maio de 2007.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal dos prontuários de 143 grávidas, atendidas pelo serviço de pré-natal no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde no município de Santarém, Pará, Brasil, no período de 1º de fevereiro a 31 de maio de 2007. Todas as gestantes que se apresentaram à unidade para o atendimento pré-natal no período citado, independente de ser consulta subsequente ou a inscrição ao programa, constituíram a população do estudo.

Segundo esse critério, para cada gestante incluída na amostra foi preenchida uma ficha com dados de identificação quanto à idade materna e gestacional; procedência urbana/rural; número de gestações, partos e abortamentos anteriores; realização de VDRL na primeira consulta, no terceiro trimestre e na hora do parto; diagnóstico de sífilis durante a gravidez.

Os dados coletados na Unidade Básica de Saúde, citada anteriormente, foram revisados e, posteriormente codificados e digitados para a análise estatística, na qual foi utilizado o método manual com dupla revisão, não havendo variância.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o referido estudo obedeceu ao preconizado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Foi solicitada também a autorização da responsável pelo centro de saúde para a coleta de dados. Todos os cuidados com a manutenção do sigilo dos dados foram tomados pelos pesquisadores, e somente esses trabalharam com as bases de dados que foram utilizados. Em nenhum momento, foram feitas citações nominais e os dados foram analisados agrupados.

RESULTADOS

1. População de estudo

Foram levantados e analisados 143 prontuários de gestantes, sendo discriminadas 128 procedentes da zona urbana e 15 da zona rural, com idade materna variando de 14 a 37 anos, com média e moda, respectivamente, de 21,63 e 17 anos. Constatando-se que 56 tinham idade menor que 20 anos, 70 pacientes encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 17 acima de 29 anos. Na **Tabela 1** esses dados foram relacionados com a procedência das gestantes.

2. Gestação e abortamento

Na **Tabela 2** observa-se que, dentre todas as pacientes, 56 eram primíparas e 87 tinham história de ao menos uma gestação anterior. Sendo que em 23 histórias clínicas teve-se a citação de abortamentos anteriores.

3. Início da adesão ao pré-natal

A idade gestacional média observada, de início de adesão ao pré-natal foi em 17,85 semanas de amenorréia. Verificando-se que 29 grávidas fizeram adesão ao programa pré-natal antes da

Tabela 1. População de estudo

Distribuição das gestantes por procedência segundo faixas etárias Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007

Faixas	Zona Urbana		Zona Rural	
	n	%	n	%
Menor de 20	51	35,7	5	3,5
De 20-29	63	44,1	7	4,9
Maior que 29	14	9,8	3	2,0
Total	128	89,6	15	18,4

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro do Uruará/Área Verde.

Tabela 2. Gestação e abortamento

Distribuição das gestantes seguindo o número de gestações e a história de antecedente de abortamentos. Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007

Características	n	%
Número de Gestações		
Apenas 1	56	39,2
A partir de 2	87	60,8
Total	143	100,0
Abortamentos anteriores		
Sim	23	16,1
Não	120	83,9
Total	143	100,8

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro Uruará/Área Verde.

Tabela 3. Início da adesão ao pré-natal

Distribuição (absoluta e relativa) de gestantes segundo a semana de inscrição no pré-natal. Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007

Semanas de Inscrição	n	%
< 13	29	20,3
13-22	77	53,8
23-27	24	16,8
28-32	8	5,6
> 32	5	3,5
TOTAL	143	100,0

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro do Uruará/Área Verde.

13ª semana de gestação, 77 iniciaram entre a 13ª e a 22ª, 24ª entre a 23ª e a 27ª, ao passo que 8 entre a 28ª e a 32ª. Somente cinco gestantes iniciaram o pré-natal após a 32ª semana de gestação. Os resultados referentes a esta análise encontram-se na **Tabela 3**.

4. Solicitação de exame sorológico para a sífilis

Evidenciou-se, de acordo com a **Tabela 4**, que de todas as gestantes, em 140 (97,9%) solicitou-se o teste no momento da inscrição, e dentre a amostra 58 apresentavam idade gestacional recomenda para a solicitação do segundo teste, sendo solicitados

Tabela 4. Solicitação de exame sorológico para a sífilis

Distribuição de gestantes que realizaram o 1º e 2º exames de VDRL segundo idade gestacional da inscrição e idade gestacional atual. Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007.

Características	Idade Gestacional na inscrição (semanas)			
	< 13	13-28	> 28	Total
1º VDRL (1ª Consulta)				
Solicitado	29	101	10	140
Não solicitado	1	2	0	3
	Idade Gestacional atual (semanas)			
	< 13	13-28	> 28	Total
2º VDRL (> 28 semanas)				
Solicitado	0	0	52	52
Não solicitado	14	61	6	81

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro do Uruará/Área Verde.

em apenas 52 (89,6%). Não se consignou a solicitação do terceiro teste em nenhuma grávida por sua ocorrência no momento do parto, assim como não foi solicitado nenhum teste em uma gestante que faz parte desse estudo, até a data de encerramento da coleta de informações. Também não foram encontrados casos de gestantes com VDRL positivo.

DISCUSSÃO

Por ser a sífilis uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência e tendo como agente etiológico o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal, pode produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença, o que torna de grande importância sua vigilância para a qualidade do programa de pré-natal e mostra o quanto é oportuna a discussão sobre os cuidados com esse grupo prioritário⁸.

Os levantamentos deste estudo mostram que a maioria da população estudada mora nas proximidades da Unidade Básica de Saúde (UBS). Isto é um diferencial, pois a mesma se localiza em área periférica da cidade, onde se observa precária infraestrutura sanitária e de saúde, além de ser área com baixa concentração de renda e baixo nível de escolaridade. Por estes motivos, a população atendida na UBS e incluída no estudo sofre um viés de seleção com relação às demais áreas do município, sem, contudo, invalidar os resultados obtidos.

As características das mães descritas neste estudo são parcialmente semelhantes às encontradas no Rio de Janeiro por Saraceni, Guimarães, Filha e Saraceni *et al.*⁹, que mostraram, em pesquisa, a sífilis congênita como um indicador de qualidade de assistência pré-natal, no que tange serem mulheres com baixas condições sócio-econômicas, jovens e com histórias de gestações e abortamentos anteriores.

Vieira³ relatou casos de abortos espontâneos, cujos laudos histopatológicos revelaram a presença do *Treponema pallidum*, tanto em tecido fetal quanto placentário, no primeiro e no segun-

do trimestres de gravidez. Temmerman¹⁰ demonstrou, em estudo caso-controle, uma associação entre aborto espontâneo e sorologia materna reativa para sífilis, com risco 4,3 vezes maior de ocorrência de abortamento.

Sabe-se que cerca de 15% do total das gestantes apresentam abortos espontâneos no primeiro e terceiro trimestres de gestação e, para gestantes com sífilis, estima-se que as perdas sejam maiores¹¹. No presente estudo, as perdas da ordem de 16,1% podem ser parcialmente atribuídas à sífilis, já que o aborto é um dos desfechos esperados; e retratam falhas na vigilância epidemiológica da sífilis congênita durante o pré-natal, pois é uma doença que pode ser totalmente evitada caso a mãe seja diagnosticada e tratada adequadamente.

Dentre os fatores agravantes para o diagnóstico da sífilis está o início tardio do pré-natal. Mais da metade das pacientes (79,7%) acessaram o serviço de saúde após a 12ª semana de gravidez, contrariando as orientações mais elementares de que a assistência pré-natal deve ser iniciada o mais precoce possível, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação. Além disso, 11,2% das gestantes submeteram-se a somente uma sorologia durante toda a gravidez e em 0,7% não houve a solicitação da sorologia, demonstrando que a taxa de cobertura da testagem do VDRL não é de 100%, uma vez que não foram testadas todas as gestantes. Isso dimensiona a magnitude desse problema e contraria a proposta ministerial de realizar, de forma rotineira, no mínimo, dois testes (VDRL), um no primeiro trimestre e outro após 28ª semana de gravidez.

Os achados obtidos no presente estudo reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis na gravidez e congênita como indicador de qualidade da assistência pré-natal. Embora as medidas de controle envolvendo a realização do VDRL estejam disponíveis para toda a população de gestantes e seus filhos, as dificuldades da rede de prover o diagnóstico laboratorial da infecção, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis, e a qualidade do pré-natal, aquém do desejável, resultam em uma situação bastante precária que ainda persiste no país e da qual este estudo é apenas um pequeno exemplo.

Indiscutivelmente, a despeito das iniciativas para erradicá-la e frente aos grandes desafios que a sífilis congênita ainda impõe como problema de saúde pública, as ações de vigilância epidemiológica frente à realidade e a um contexto tipicamente brasileiro, devem ser encaradas como estratégias tanto para o reconhecimento de sua importância quanto para o avanço das ações de intervenção e de controle mais específicos da sífilis em nossa região. Nesse sentido, tais medidas são fundamentais para servir como estímulo à estruturação de ações objetivas, envolvendo o adequado planejamento e o resultado em real controle desse evento, somadas às estratégias de monitoramento e de avaliação, buscando o aperfeiçoamento e cada vez mais qualificação dos serviços e de seus executores.

CONCLUSÃO

A população que, em grande maioria, busca hoje o sistema público de saúde é, possivelmente, a classe social menos favorecida. Na unidade estudada não é diferente. A ocorrência desse

agravo em uma família de baixa condição sócio-econômica traz consequências problemáticas, de toda ordem.

Se a sífilis é negligenciada em sua vigilância na assistência do pré-natal, do qual há tanto tempo faz parte, poder-se-ia supor que as patologias como HIV, hepatite, toxoplasmose e outras, talvez menos conhecidas, divulgadas ou que tenham menor tempo fazendo parte do referido programa, tampouco tenham uma vigilância adequada.

Os dados deste estudo mostraram que é possível avaliar o programa de pré-natal por monitoramento da sorologia específica para sífilis, constituindo-se em um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo e para orientar as ações de controle e eliminação da sífilis congênita no bairro em questão e a possibilidade de expansão para todo o município de Santarém.

O uso de informações advindas da vigilância pode beneficiar outros componentes das ações programáticas da atenção básica no grupo materno-infantil, principalmente se essa vigilância expandir-se para outros agravos evitáveis. Com isso, propõe-se uma assistência sentinela para a vigilância da sífilis na gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial em Saúde. Genebra: OMS; 2002.
2. Barsanti C, Valderato F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Méd Trop* 1999; 32(6): 606-611.
3. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002. *Brasil. Cad. Saúde Pública*. [on line], Set.2002. Disponível: <http://www.Scielosp.br/scielo.php?>. Acessado em: 12/11/2007.
4. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23(10): 647-652.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Boletim Epidemiológico de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ano XIV, nº 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. v. 1. Brasília: FUNASA; 2006.
7. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDST. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e Aids. Ano I, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2ª ed. Brasília: PNDST/AIDS-MS; 2006.
9. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança, Brasil. *Cad Saúde Pública* Jul. 2002. Disponível em: ?. Acessado em: 12/09/2007
10. Temmerman M. Saúde Reprodutiva: doenças infecciosas e gravidez. *Cad Saúde Pública* Jul. 2002. Acesso em: 23 de Novembro de 2006. Disponível em: Acessado em: 12/09/2007
11. Sá RAM. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade escola-UFRJ. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2001, 13(4): 6-8.

Endereço para correspondência:

OSMARINA NASCIMENTO PIRES

Travessa Barjonas de Miranda, nº 590, Altos, Aparecida, Santarém, PA. CEP: 68040-520

E-mail: osmarinapires@yahoo.com.br

Recebido em: 10/10/2007

Aprovado em: 19/12/2007

SITUACIÓN DE LA SÍFILIS EN 20 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE: AÑO 2006

SYPHILIS SITUATION IN 20 LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN COUNTRIES: YEAR 2006

Enrique Galban¹ & Adele S Benzaken²

RESUMEN

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual, en especial a sífilis, se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de la América Latina. **Objetivo:** realizar una exploración de la situación de la sífilis y la sífilis congénita en los países de la región y disponer de una aproximación a la situación epidemiológica actual y sus tendencias. **Métodos:** se realizó un estudio de corte transversal y para la obtención de los datos se diseñó una encuesta que fue validada en el mes de diciembre del 2007 y enviada posteriormente a los coordinadores de programas nacionales de 20 países de la región. El periodo de ejecución y llenado de la información transcurrió entre enero y febrero del 2008 y se solicitó información de los últimos cuatro años (periodo 2003 - 2007). **Resultados:** todos los países poseen servicios de Vigilancia Epidemiológica y en la mayoría de ellos la sífilis total y congénita son enfermedades de notificación obligatoria. Existen, al menos, 10 países cuyas tasas de incidencia de sífilis congénita están por encima de 0,5 X 1.000 Nacidos vivos a pesar de que la subnotificación de casos en la región es grande. Latinoamérica y Caribe notifican en el 2006 un pequeño porcentaje del total de los casos de sífilis y sífilis congénita que la OMS/OPS estima ocurren en el área y según la opinión de los jefes de programas y expertos nacionales la tendencia de estas infecciones en la mitad de los países de la región es al aumento o desconocida. **Conclusión:** La sífilis congénita continúa siendo un serio problema de salud en la región. La información disponible sobre sífilis en términos de incidencia, prevalencia, tendencias, prioridades de intervención, coberturas de atención a grupos vulnerables, disponibilidad de recursos humanos y materiales es insuficiente en muchos países. Se observa en la región la existencia de oportunidades para el desarrollo de trabajo colaborativo conjunto entre los países miembros.-

Palabras-clave: sífilis congénita, América Latina y Caribe, DST

ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted infections, especially syphilis, are found among the main causes for illnesses in the world and in the majority of Latin American countries. **Objective:** investigate the situation of syphilis and congenital syphilis in countries of the region and obtain an approximation of the current epidemiological situation and its tendencies. **Methods:** a study of transversal cut was performed and to obtain data a questionnaire was validated in the month of December of 2007 and later sent to the national program coordinators of 20 countries in the region. The implementation and information gathering period took place between January and February of 2008 and data regarding the last 4 years of the programs (from 2003 to 2007) was requested. **Results:** all countries have Epidemiological Surveillance services and, for the most part, total and congenital syphilis are illnesses of mandatory notification. There are at least 10 countries where congenital syphilis incidence rates are above 0,5 X 1.000 newborns, even when a high number of cases are not notified in the region. Latin America and the Caribbean notified in 2006 a percentage of total syphilis and congenital syphilis cases that is smaller than that estimated by the WHO/PAHO for the region. According to national experts and directors of national programs, the tendency of these infections in half of the countries of the region are either rising or is unknown. **Conclusion:** congenital syphilis continues to be a serious health problem in the region. The available information about syphilis regarding its incidence, prevalence, tendencies, intervention priorities, assistance to vulnerable groups, and availability of human and material resources is insufficient in many countries. There is opportunity to develop a collaborative work between member nations

Keywords: congenital syphilis, Latin American and Caribbean countries, STD

INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de la América Latina y ellas tienen consecuencias económicas, sociales y sanitarias muy importantes ya que algunas como la sífilis suelen afectar de manera muy importante a las mujeres en edad reproductiva y a sus hijos, razón por lo que los programas de salud deben brindarle atención preferencial.

La mayor importancia, que tiene la sífilis para la salud pública es su capacidad de transmisión de una mujer gestante infectada a su hijo, durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencias de infección treponémica.

La probabilidad de infección fetal es cercana al 70% si la madre se encuentra en las fases primaria o secundaria de la enfermedad pero se reduce al 30% durante las etapas tardías de la infección materna (sífilis latente tardía y terciaria) y se estima que dos terceras partes de los embarazos en mujeres infectadas por *treponema pallidum* resultan en sífilis congénita muerte fetal ó aborto espontáneo^{1,2}.

Ello contrasta con el elevado nivel resolutivo y de costo-beneficio que puede obtenerse con la implantación de planes y programas adecuados para su prevención y control. Estas actividades deberán integrarse a intervenciones destinadas a prevenir la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal e infantil y la evaluación de su ejecución deben representar indicadores de la calidad de la atención prenatal.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública cabe destacar la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener consecuencias graves y con ello la ausencia o las bajas coberturas de programas de prevención; la

¹Instituto de Gastroenterología, Cuba, e Vice-Presidente da Associação Latinoamericana e Caribenha para o controle das DST- ALAC-DST

²Fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas, Brasil e Presidente da Associação Latinoamericana e Caribenha para o controle das DST- ALAC-DST

existencia de barreras para el acceso a los servicios de control prenatal; y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

A pesar de que está comprobado desde hace muchos años que estas complicaciones podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de muy bajo costo, la enfermedad permanece como uno de los grandes problemas de salud pública a nivel global.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta, 90% de ellos en países en desarrollo. Para Latinoamérica y el Caribe el estimado de la incidencia anual de casos de sífilis en población adulta es de 3 millones²⁻⁸.

La situación epidemiológica actual a nivel global de la sífilis, suele ser muy variable, su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como en algunas regiones de Europa oriental y occidental, en las que se observa incremento de la incidencia en años recientes⁹⁻¹³.

Aunque en la mayor parte de los países existe la política de ofrecer pruebas de diagnóstico para sífilis y tratamientos gratuito a las gestantes que resulten positivas, la realidad es bien diferente, pues se conoce que en grandes regiones del mundo esto no sucede así. Por ejemplo en África Subsahariana menos del 30% de las gestantes son estudiadas para sífilis^{12,13} y en algunos países de Latinoamérica esta cifra alcanza valores semejantes^{1,6}.

A diferencia de lo que sucede con el VIH/SIDA, en que la información epidemiológica acerca de su incidencia prevalencia y tendencia es bien conocida, para el resto de las ITS, es muy poco lo que se sabe, aun a pesar de que reconocerse que solo las llamadas curables (sífilis, gonorrea, clamidia y trichomoniasis) representan uno de los problemas de salud más comunes y que son una de las causas más frecuentes de búsqueda de servicios de salud de la población mayor de 15 años en países en desarrollo.

También es bien conocido que la repercusión de sus posibles secuelas en las personas de ambos sexos son muy importantes ya que se relacionan de manera directa con el incremento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil y el cáncer genital y que juegan un categórico papel facilitador en la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹⁻¹³.

Las estadísticas, publicadas, acerca de la frecuencia y distribución de las ITS en los países de la región proveen una información muy limitada. Por una parte existe subregistro o subnotificación que en algunos países puede alcanzar niveles altos o bien que una parte importante de los casos son atendidos en servicios de salud privados que no suelen notificar de manera sistemática y por otra se conoce que muchas de estas infecciones cursan de manera asintomática y por tanto no demandan atención de los servicios y que solamente pueden ser identificadas mediante el empleo de programas de pesquisa activa.

Por todas estas razones nos planteamos el objetivo de mejorar la visión que tenemos acerca la situación epidemiológica y las tendencias de las sífilis en la región de Latinoamérica y el Caribe.

En septiembre del 2007 en el marco del Primer Encuentro Internacional de la Asociación latinoamericana y del Caribe para el control de las ITS (ALAC-ITS) realizado en la ciudad de Porto

Alegre, Brasil, fue solicitado a un grupo de Coordinadores Nacionales de Programas de ITS/VIH/SIDA (o sus representantes presentes en el evento), su colaboración para, bajo el auspicio de la Asociación Latinoamericana y del Caribe para el Estudio de las ITS (ALAC – ITS) la realización de un estudio sobre la situación de las ITS incluyendo la sífilis y sífilis congénita y de los programas de control, lo cual fue aprobado por unanimidad.

OBJETIVO

Realizar una exploración de la situación de la sífilis y la sífilis congénita en los países de la región y disponer de una aproximación a la situación epidemiológica actual y sus tendencias.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal y para la obtención de los datos se diseñó una encuesta que fue validada en el mes de diciembre del 2007 y enviada posteriormente a los coordinadores de programas nacionales de 20 países de la región.

El periodo de ejecución y llenado de la información transcurrió entre enero y febrero del 2008 y se solicitó información de los últimos cuatro años (periodo 2003 - 2007).

El cuestionario empleado exploraba información sobre los componentes de los programas de sífilis considerados más importantes y que entre otros incluían el funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, y la situación epidemiológica de las sífilis (incidencia, prevalencia y tendencia),

Los cuestionarios una vez llenados y aprobada la información ofrecida por los coordinadores nacionales de cada país fueron devueltos para procesamiento y análisis ulterior.

Finalmente en el mes de marzo del 2008, se realizó en Lima, Perú una reunión con la participación de los coordinadores nacionales o sus representantes de 19 de los 20 países de la región incluidos en el proyecto donde se discutieron los resultados y se hicieron los ajustes finales a los resultados de la encuesta y sus conclusiones.

RESULTADOS

La encuesta enviada a los coordinadores de los programas nacionales de 20 países fue completada y devuelta por 19 de ellos (95%) en el tiempo previsto con la única excepción de Haití (**Grafico 1**).

Se pudo conocer que en todos los países el programa de prevención y control de sífilis está integrado a los servicios de atención primaria, en trece de ellos de manera completa y en otros seis parcialmente.

Todos los países refieren haber realizado, en los últimos cuatro años, campañas de prevención acerca de la sífilis y otras ITS. Las actividades de promoción de búsqueda de servicios regulares de salud, cuando se tienen síntomas sospechosos es la actividad educativa que han realizado un menor número de países, en el periodo analizado.

La edad promedio de las primeras relaciones sexuales osciló entre los 13 años, para hembras y varones, en Panamá Costa Rica y Venezuela y los 18 años en Perú y México. El valor modal (que más se repite) para la región fue de 15 años para ambos sexos.

Grafico 1. Países participantes

El manejo sintomático es aceptado como política de atención de casos de las ITS en general, en todos los países de la región, si bien, en la mayoría de ellos (15 de 19) el diagnóstico de la sífilis se combina con el manejo etiológico mediante el empleo de VDRL, RPR o de pruebas rápidas.

Los médicos generales y especialistas en dermatología, urología y ginecología son los responsabilizados con la atención de los casos en un mayor número de países, aunque también el personal de enfermería y especialistas en ITS atienden casos en la mitad de ellos.

En diez países, las coordinaciones nacionales estiman que se pueden estar atendiendo en el sector informal (farmacias, curanderos, amigos, etc.) entre el 25% y 50% de los casos sintomáticos de todas las ITS incluyendo sífilis y en otros cinco, aunque se reconoce que este es un problema importante no se tiene idea de cual es la proporción que no es atendida en los servicios regulares de salud.

Este dato pudiera representar un indicador indirecto del nivel de subregistro existente en la región para las ITS y también de la alta probabilidad de personas que pudieran estar recibiendo tratamientos inadecuados para sus infecciones.

Con excepción de Colombia y Paraguay todos los países informan realizar actividades de referencia y control de parejas

de casos índices, once de diez y nueve de los que informan (57,9%) lo hacen exclusivamente a través de la pareja y otros cuatro emplean la estrategia combinada de pareja y proveedor de salud.

Esta actividad ya se está realizando en la región en las clínicas prenatales, de planificación familiar y consultas externas de los hospitales, pero es en las clínicas especializadas de ITS y las de la atención primaria donde lo realizan el mayor número de países. No obstante lo anterior en la gran mayoría se estima que el control de parejas no alcanza el 25% de los contactos referidos.

La existencia de programas de tamizaje (screening) de sífilis en población general se realiza en 17 de 19 países. Solo los programas de Guatemala y Nicaragua no incluyen la pesquisa en la población general.

La aplicación de intervenciones específicas diferenciadas a subpoblaciones vulnerables también fue explorada en el cuestionario y solo los programas de dos países (Colombia y Nicaragua) no contemplan actividades sistemáticas con estos grupos. Los profesionales del sexo comercial de ambos sexos es la población vulnerable mayormente tenida en cuenta en estas actividades y las ITS que son pesquisadas por un mayor número de países son: sífilis (8), VIH (6) y gonorrea (5). Diez países refieren pesquisar sistemáticamente sífilis en las gestantes.

La atención médica diferenciada para estos grupos se realiza en la mayor parte de los países de la región. Colombia es la excepción y Argentina no brindó información al respecto. Son los profesionales del sexo comercial femeninos y masculinos las subpoblaciones vulnerables mayormente beneficiadas por esta actividad en un mayor número de países: 16 para las mujeres y 9 para los varones. Los HSH son tenidos en cuenta por doce programas, los adolescentes por siete y los reclusos por seis. Algunos pocos países brindan atención diferenciada a subgrupos de emigrantes y camioneros.

Solamente Bolivia y Uruguay no incluyen la sífilis en su listado de enfermedades de declaración obligatoria, en Brasil es compulsoria solo notificación de sífilis en gestantes y sífilis congénita, pero no en la población general, Uruguay notifica exclusivamente sífilis congénita y República Dominicana lo hace de manera global sin diferenciar en gestantes o congénita: Como se puede apreciar hay algunos países que están comprometidos con la eliminación de la sífilis congénita, donde aun esta entidad es un serio problema de salud y sin embargo ella no es de notificación compulsoria.

Las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis están introducidas en aproximadamente un tercio de los países y ellas son usadas preferentemente para subpoblaciones vulnerables específicas (reclusos, HSH, Profesionales del sexo comercial y pacientes con TB) y también en las maternidades a gestantes que no la recibieron en la atención prenatal.

El 95% de los países de la región comparte fronteras geográficas y la totalidad de los Coordinadores de los Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA opinaron que debieran existir pro-

gramas conjuntos interpaíses pero solo en 8 de los 19 se realizan algunas intervenciones de control a ambos lados de la frontera.

Epidemiología

No resulta fácil caracterizar con precisión y exactitud la situación epidemiológica de la sífilis en la región pues los sistemas de vigilancia y notificación de casos difieren de un país a otro, las prioridades de cada país y los recursos disponibles para su atención son disímiles y también las coberturas que alcanzan los programas en muchos países son heterogéneas.

Aun así hemos logrado reunir alguna información bastante reciente relacionada con la incidencia y prevalencia de la sífilis y la sífilis congénita y sus tendencias y cuando la información cuantitativa, sobre estos aspectos, no ha estado disponible, se ha indagado y conseguido la opinión de expertos locales.

Incidencia

La **Tabla 1** muestra los casos de sífilis, sífilis congénita y ulcera genital notificados en el año 2006 por 19 países de la región. En total se notificaron 72605 casos de sífilis, de ellos 64.182 casos en adultos notificados tanto por etiología como sintómicamente y 8.423 casos de sífilis congénita.

La Organización Mundial de la Salud estimó en 1999 que la incidencia de casos nuevos de sífilis en adultos, en la región de Latinoamérica y el Caribe era de 3 millones por año, por lo que considerando, de manera conservadora, que esa cantidad no hubiera aumentado en los siete años subsiguientes los 64.182 casos notificados en el año 2006 representan apenas el 2,14%, cifra que tal vez podría alcanzar el 3% si hubieran estado disponibles datos de notificación de Haití.

Tabla 1. Casos de sífilis, sífilis congénita y ulcera genital notificados por Países de la región de Latinoamérica y El Caribe. 2006

PAIS	SIFILIS	SIFILIS CONGENITA	ULCERAS GENITALES	TOTAL
ARGENTINA	6.272	579	...	6.851
BOLIVIA	....	....	7.504	7.504
BRASIL	....	5.789	....	5.789
CHILE	2.993	53	....	3.046
COSTA RICA	1.040	96	....	1.136
COLOMBIA	3.000	773	....	3.773
CUBA	1.970	0	....	1.970
ECUADOR	1.885	110	2.073	4.068
EL SALVADOR	443	9	....	452
HONDURAS	626	46	100	772
GUATEMALA	234	5	394	633
MEXICO	2.562	78	....	2.640
NICARAGUA	662	5	....	667
PANAMA	....	16	....	16
PARAGUAY	1.065	220	32	1.317
PERU	4.521	517	4.391	9.429
REP. DOMINICANA	....	...	....	....
URUGUAY	1.415	125	....	1.540
VENEZUELA	3.000	2	18.000	21.002
HAITI	NO INFORMO	NO INFORMO	NO INFORMO	
TOTAL	31.688	8.423	32.494	72.625

Este elemento, unido a la gran proporción de casos que son atendidos en el sector informal ya comentada, permite tener una idea aproximada de la pequeña proporción del total de los casos posibles esperados que estamos identificando en nuestra región, aun cuando el estimado de la OMS pudieran estar sobrevaluado en hasta un improbable 50%.

Para que se tenga una idea de la importancia del subregistro/subnotificación de casos de sífilis en Latinoamérica y el Caribe, digamos que para el mismo periodo la OMS estimó para Estados Unidos entre 80 mil y 90 mil casos nuevos de sífilis (100.000 casos para América del Norte) y ese año fueron notificados 36,935 casos de sífilis, lo que significa que este país alcanzó entre un 41% y 46% de su estimado (que se podría considerar bajo también si el estimado de la OMS fuera preciso), pero que comparativamente con lo que sucede en nuestra región es alrededor de 20 veces mayor¹⁰⁻¹².

Cuatro países (Brasil, Bolivia, Panamá y República Dominicana) no notifican casos de sífilis en el año 2006 y Argentina, Perú y Venezuela estiman una subnotificación del orden del 50%. Gráfico No. 2

Sífilis congénita

Se registran en el año 8.423 casos de sífilis congénita.

El compromiso de eliminar la sífilis congénita ha vuelto a ser asumido por todos los países de la región pero aun, al menos, en 12 de las 20 naciones no se alcanza la cifra de incidencia mínima aceptable (0,5 X cada 1.000 nacidos vivos). Bolivia, Paraguay y Haití son probablemente los países que deben hacer mayor esfuerzo para alcanzar la meta propuesta.

Algunos de estos países no contemplan la sífilis congénita como enfermedad de declaración obligatoria y solo 10 naciones tienen programas de tamizaje sistemático de sífilis en gestantes. Estos dos elementos son fundamentales para enfrentar con éxito la eliminación de la sífilis congénita toda vez que estas infeccio-

nes son fundamentalmente latencias y que es necesario conocer (Gráfico 3).

Prevalencia

Siete países (Uruguay, Paraguay, Chile, Cuba, El Salvador, Argentina y Perú) disponen de datos de resultados de personas positivas a VDRL o RPR en donantes de sangre voluntarios. La prevalencia en este grupo oscila entre menos de 0,5% en Montevideo en el año 2006 y cerca del 5% en Paraguay en el año 2004.

En las gestantes, 10 países proveen información y las tasas de prevalencia de VDRL o RPR positivas se sitúan también entre menos de 0,5% en Chile en el año 2006 y algo más de 4% en Paraguay en el 2004 y más de 3% en gestantes residentes en las principales ciudades de Bolivia en el 2006, datos que son consistentes con la situación epidemiológica de la sífilis congénita en estos dos últimos países.

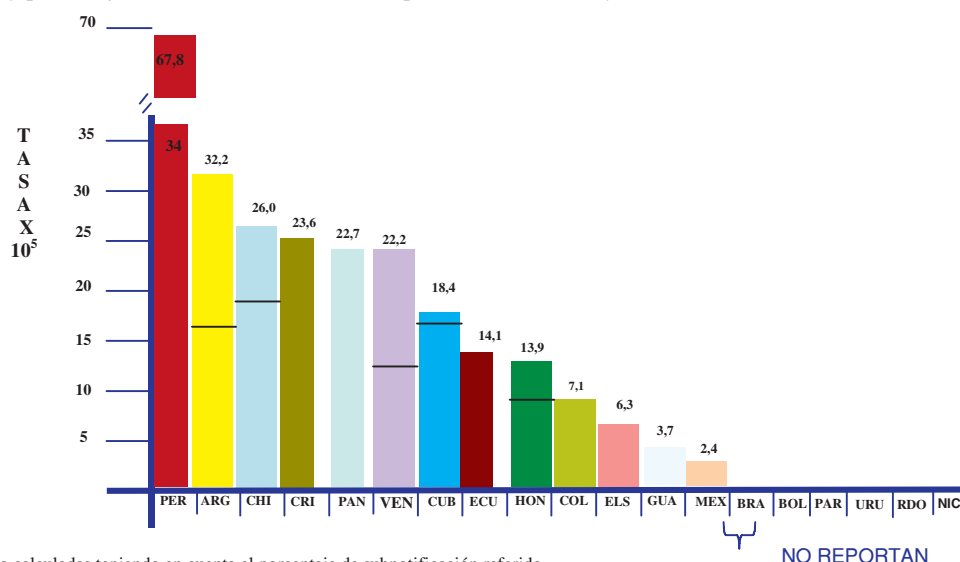
Entre las mujeres profesionales del sexo comercial la prevalencia fue estudiada recientemente en 9 países y sus valores oscilaron entre más de 18% en el Paraguay en un estudio de prevalencia nacional realizado entre los años 2005-2006 y 0,5% en una investigación realizada en el año 2006 en 20 ciudades del Perú.

En los varones profesionales del sexo se informan tres estudios: Guatemala Ciudad capital 2007; 7%, Paraguay 2005-2006 estudio de cobertura nacional 12,5% y Perú 2007 en 10 ciudades 15,9%.

Otros grupos estudiados fueron los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con valores de prevalencia que oscilan entre poco más del 4% en Panamá y cerca del 14% en Guatemala Capital. Reclusos varones del Perú 4% y reclusas de Brasil 22%, personas que viven en la calle en Brasil 13% y adolescentes de Córdoba, Argentina 8,5%.

La tendencia de la sífilis en adultos, en opinión de los jefes de programas nacionales tiene tendencia ascendente en Costa Rica, Perú, Panamá, Uruguay, Venezuela y Argentina y es ignorada y

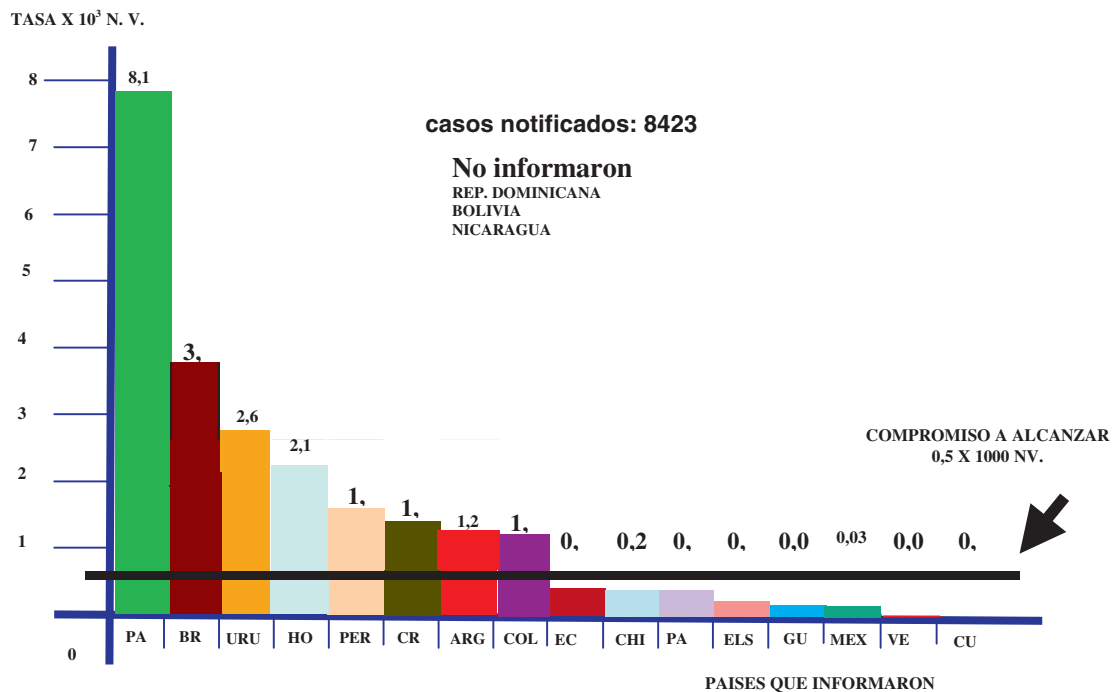
Gráfico 2. Tasas de incidencia y porcentaje de subnotificación estimado países latinoamérica y El Caribe. Año 2006



Nota/Las tasas de algunos países ha sido calculadas teniendo en cuenta el porcentaje de subnotificación referido

Grafico 3. Incidência de sífilis congênita. Países Latinoamerica y Caribe ano 2006

Tasas estimadas con ajuste al % de subregistro referido



Las tasas de incidencia de sífilis congénita de Brasil, Peru y Argentina fueron calculadas teniendo en cuenta su estimado de subnotificación.

por lo tanto probablemente desfavorable también, en Colombia, Brasil, Paraguay, Republica Dominicana y Bolivia. En tres países (Ecuador, Guatemala y Honduras) se considera estable y en otros cinco descendente (Nicaragua, Cuba, El Salvador, Chile y México).

Por su parte la sífilis congénita tiene tendencia ascendente o desconocida en 9 países (Honduras Uruguay, Argentina, Paraguay, Colombia, Brasil, Republica Dominicana, Guatemala y Bolivia) y es descendente o estable en Venezuela, Nicaragua, Cuba, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Perú, México, Venezuela y Chile.

De manera general se puede afirmar que la situación de la sífilis en la región de Latinoamérica y Caribe es aun desfavorable, pero a pesar de ello se identifican algunos elementos que pueden contribuir a favorecer su control en el futuro próximo como son los siguientes:

- La totalidad de los países de la región poseen programas integrados en los servicios de Atención Primaria
- El Manejo Sindrómico ha sido aceptado como política de manejo de casos de ITS en el sector público de todos los países y en varios de ellos ya es admitido también en el sector privado y siempre que es posible se combina con el diagnóstico etiológico.
- Las Consultas para los pacientes con sospecha de ITS son gratuitas en el 74% de los países, los tratamientos en el 84%, los exámenes de laboratorio en el 68%, las actividades educativas en el 95%, el suministro de condones en consultas en el 79% y el ofrecimiento de la prueba de VIH en el 63%

- El 84,2% de los países (16) refieren hacer referencia de parejas.
- La mayor parte de los países poseen servicios de pesquisa y atención en, al menos, un subgrupo vulnerable, siendo las profesionales del sexo comercial el subgrupo incluido por una mayor cantidad de naciones.
- Todos los países poseen servicios de Vigilancia Epidemiológica y en la mayoría de ellos la sífilis total y congénita son enfermedades de notificación obligatoria.
- El 100% de los jefes o coordinadores de programas de los países concuerdan en que es necesario desarrollar programas o intervenciones de prevención y control de ITS en áreas priorizadas de fronteras.
- A pesar de que se han ofrecido una cantidad considerable de cursos nacionales de capacitación sobre manejo sindrómico y consejería en ITS en la región, hay unanimidad de criterio acerca de la necesidad de disponer de cursos regionales, regulares o periódicos, que permitan elevar aun más el nivel científico-técnico de las personas que trabajan en los programas.
- La mayor parte de los países incluyen en sus programas actividades de investigación siendo las de tipo conductuales las que se realizan por una mayor cantidad de naciones

Pero también pudimos identificar un grupo de elementos negativos que podrían dificultar el control de las ITS en la región como los siguientes:

- En más de la mitad de los países hay una elevada proporción de casos de sífilis que se estima se están atendiendo en el sector informal.

- El control de parejas no alcanza el 25% de los casos en la mayoría de los países.
- Es aun muy limitado el número de naciones que realizan pesquisa a algunos grupos vulnerables (reclusos, UDI y a personas con otras ITS).
- En dos estados, donde la sífilis congénita es un importante problema de salud, no es enfermedad de notificación compulsoria.
- Existen, al menos, 10 países cuyas tasas de incidencia de sífilis congénita están por encima de 0,5 X 1.000 Nacidos Vivos. Bolivia, Paraguay, Republica Dominicana y Haití representan, en la región, la mayor prioridad.
- Según la opinión de los jefes de programas y expertos locales la tendencia de las infecciones por sífilis y sífilis congénita en la mitad de los países de la región es aumento o desconocida.
- La subnotificación de casos en la región es notoria: Latinoamérica y Caribe notifican en el 2006 apenas un pequeño porcentaje del total de los casos de de sífilis y sífilis congénita que la OMS /OPS estima ocurren en el área.
- Los jefes de programas identifican carencia de capacitación en la áreas de gerencia de programas, vigilancia epidemiológica, y métodos de investigación.

CONCLUSION

La sífilis congénita continúa siendo un serio problema de salud en la región y se hace necesario hacer un gran esfuerzo para cumplir el compromiso de eliminación en los países en que ello aun no se ha conseguido.

La información disponible sobre sífilis en términos de incidencia, prevalencia, tendencias, prioridades de intervención, coberturas de atención a grupos vulnerables, disponibilidad de recursos humanos y materiales es insuficiente en muchos países y en ocasiones los elementos disponibles no son utilizados adecuadamente para tomar las decisiones más acertadas que contribuyan a modificar la realidad existente.

A pesar de las dificultades y deficiencias identificadas, se observa en la región la existencia de oportunidades para el desarrollo de trabajo colaborativo conjunto entre los países miembros, y poder impactar la situación existente, las cuales deben ser aprovechadas en los años venideros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valderrama J, Zacarias F. Eliminación de la Sífilis Congénita en Latino América y El Caribe. Sífilis maternal y Sífilis congénita en América Latina un problema grave de solución sencilla. Marco de Referencia para su implementación. OPS; Washington; 2005.
2. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington DC: OPS. Febrero de 2004, Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf. Acesado en 1 de mayo de 2004.
3. ONUSIDA/ Organización Mundial de la Salud. Pautas para la vigilancia de las infecciones de Transmisión Sexual 1999. WHO/CHS/HSI/99.2 UNAIDS/00.03S
4. Organización Mundial de la Salud. Guías para el Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: OMS; 2005.
5. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. (WHO/HIV-AIDS/2001.02).
6. IDSCAP/USAID. Control of Sexually Transmitted Diseases. A handbook for the design and management of programs & UNAIDS. STI policies and principles for prevention and care; 1997.
7. World Health Organization. Sexually transmitted infections prevalence study methodology: guidelines for the implementation of STI prevalence surveys. Ginebra; 1999.
8. NAIDS/Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del VIH de segunda generación. El Próximo decenio. (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 UNAIDS/00.03S).
9. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: WHO, 2001.
10. World Health Organization. STI meeting, Nov 2001 Guidelines for Management of Sexually Transmitted Infections. Ginebra: WHO; 2003.
11. CDC. STD Surveillance 2006. National Profile. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats/pdf/national-profile.pdf>. Acesado en 12/11/2007.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2007.
13. Public Health Agency of Canada. STI data tables. Surveillance and Epidemiology Section, Community Acquired Infections Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. 2007. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata_pre06_04/index_tab_e.htm. Acesado en 11/11/2007.

Endereço para correspondência:

ADELE SCHWARTZ BENZAKEN

Fundação Alfredo da Matta
Rua Codajás nº 24 - Cachoeirinha
CEP: 69065-130
Manaus, AM, Brasil.
Fone/Fax: (55) (92) 3663-3155
Celular: (55) (92) 9116-0135
E-mail: abenzaken@fuam.am.gov.br
adele@vivax.com.br

Recebido em: 13/12/2007.

Aprovado em: 21/01/2008.

SÍFILIS RECENTE EM GESTANTE E EFEITO PROZONA NA SOROLOGIA: RELATO DE CASO

EARLY SYPHILIS IN PREGNANT WOMAN AND PROZONE PHENOMENON IN SEROLOGY: CASE REPORT

Helena Lucia B Reis¹, Antônio Chambô Filho², Josilaine B Sabino³, Sabrina Caldellas⁴

RESUMO

Introdução: as incidências de sífilis no adulto e sífilis congênita são elevadas no Brasil, sendo decisivas no aumento do coeficiente de mortalidade infantil. **Objetivo:** relatar um caso de sífilis recente, em gestante de segundo trimestre, com efeito prozona em sorologia, identificado durante o atendimento na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES. **Métodos:** relato de caso atendido, em outubro de 2007, na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. **Resultados:** a paciente apresentava sífilides papulosas em genitália externa, exantema macular em abdome e dorso, e febre não-aférida. O VDRL foi negativo com soro puro. Após a diluição, foi reativa até 1/128, caracterizando, assim, efeito prozona. O teste treponêmico FTA-Abs foi positivo e os exames anti-HCV, HBsAg e anti-HIV foram não-reatores. **Conclusão:** o profissional de saúde deve estar capacitado para o diagnóstico clínico da sífilis e estar atento para a possibilidade da ocorrência de efeito prozona em pacientes com sífilides papulosas. A diluição sorológica é sempre recomendada para o correto diagnóstico laboratorial da sífilis. A instituição de tratamento adequado o mais precocemente possível em gestante com sífilis, bem como no parceiro sexual também deve ser observada.

Palavras-chave: sífilis congênita, DST, sífilis, efeito prozona

ABSTRACT

Introduction: the incidence of adult syphilis and the congenital syphilis are raised in Brazil, being some of the causes to increase infantile death rate. **Objective:** this study aims at relating a recent syphilis case, in a second trimester pregnant woman, with serum prozone phenomenon, identified during attendance in the Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. **Methods:** case report related during attendance in October of 2007, at Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. **Results:** the patient presented papulous syphilides in her external genital area and macular exanthema in the abdominal and back regions, with no gauged fever. The VDRL was negative with pure serum. After dilution it was reagent till up to 1/128 characterizing, thus, prozone phenomenon. The FTA-Abs treponemic test was positive and the anti-HCV, HBsAg and the anti-HIV were no reagent. **Conclusion:** the health professional must be capable for clinical diagnosis of syphilis and be attentive to the possibility of prozone phenomenon occurrence in patients with papulous syphilides. Serum dilution is always recommended for the correct syphilis laboratorial diagnosis and to institute adjusted treatment in pregnant woman with syphilis, as well as for the sexual partner, as early as possible.

Keywords: congenital syphilis, STD, syphilis, prozone phenomenon

INTRODUÇÃO

A sífilis é conhecida no mundo há muitos séculos¹. A bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, seu agente causador, foi identificada, em 1905, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann². A primeira sorologia para a sífilis foi desenvolvida pelo alemão August Paul von Wassermann, em 1906³. Em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina, mas somente na década de 1940 é que o tratamento da sífilis foi instituído de forma eficaz⁴. Na década de 1970, muitos casos eram em homossexuais masculinos, estigmatizando as pessoas com tal orientação sexual. Porém, em 1980, houve um grande aumento no número de casos, principalmente em indivíduos heterossexuais, nos grandes centros urbanos e nas minorias raciais, aumentando, por consequência, a incidência da sífilis congênita no mundo⁵. Todavia, o *Treponema pallidum*, além de ser transmitido por via sexual, também ocorre por via transplacentária em qualquer momento da gestação.

A sífilis é classificada em adquirida e congênita; e em recente, latente e tardia. A sífilis adquirida recente é encontrada no pri-

meiro ano após o contágio, sendo as lesões ricas em espiroquetas. Na sífilis tardia, as lesões, quando presentes, são pobres de agente etiológico. Entre esses dois períodos, pode ocorrer a fase de latência¹.

A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, podendo o feto apresentar graves seqüelas, inclusive a evolução fatal^{6,7}. Sabe-se que um problema contribuinte para a manutenção da sua elevada prevalência é a subnotificação ocorrida em nosso país, mesmo sendo de notificação compulsória desde 1986. A sífilis congênita é um indicador da qualidade do pré-natal, sendo um sinalizador de falhas do sistema de assistência médica do Programa Nacional de DST/Aids⁸. Embora existam vários métodos de diagnóstico, a sorologia VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*), teste não-treponêmico, é a mais utilizada no Brasil, por sua alta sensibilidade na sífilis do adulto, e alta especificidade na sífilis congênita, por ter baixo custo e fácil execução, podendo ser usada para o acompanhamento dos casos tratados, sendo avaliador de cura sorológica^{9,10}. As principais desvantagens referem-se aos resultados falso-positivos e falso-negativos. Resultados falso-negativos podem ser encontrados na fase inicial de cancro duro, na sífilis latente tardia e na sífilis tardia ou como resultado do efeito prozona¹¹.

O efeito prozona é um fenômeno que ocorre quando existe excesso de anticorpos no soro testado, o qual interfere na formação do complexo antígeno-anticorpo (Ag-Ac) necessário para que aconteça a reação de floculação. A faixa de concentração na

¹Médica Coordenadora do Ambulatório de DST/Aids da Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

²Chefe da Residência Médica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

³Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

⁴Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

qual a mesma ocorre é chamada de *optimal zone*¹². Para evitar o chamado efeito prozona, o profissional de laboratório que executa o exame deve proceder à diluição da amostra testada, até 1:4 ou 1:8. A amostra reatora deve ser titulada até a diluição de ponto final (quando ficar não-reatora). O fenômeno pode estar presente em 1% a 2% dos pacientes, especialmente no estágio de sífilis recente e durante a gravidez¹³.

Atualmente, no Brasil, é inadmissível, posto que é norma de qualidade estabelecida, deixar de cumprir tal determinação.

Os testes treponêmicos são confirmatórios da infecção sifilítica, estando disponíveis as técnicas de FTA-abs (*fluorescent treponemal antibody-absorption*), de ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) e de TPHA (*Treponema pallidum hemagglutination*). Esses testes normalmente não negativam, mesmo após a cura da doença¹⁴, não devendo ser usadas para o controle de cura sorológica.

A pesquisa direta de *Treponema pallidum* pode ser feita por meio da técnica de campo escuro (padrão-ouro no diagnóstico de sífilis), das técnicas de imunofluorescência direta e Fontana-Tribondeau (impregnação pela prata), na presença de lesões da sífilis recente. Técnicas especiais de impregnação por sais de prata também podem ser utilizadas em cortes histológicos.

Dentro desse contexto, relatamos o caso de uma gestante, com sífilis recente, na qual ocorreu efeito prozona na sorologia, atendida em 18/10/2007 na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES, ressaltando também a clínica, o diagnóstico laboratorial, a conduta e as estratégias para a eliminação da sífilis congênita.

RELATO DE CASO

Gestante, com 28 anos de idade, cor negra, relata menarca e primeira relação sexual aos 14 anos, solteira, quatro gestações com duas cesáreas anteriores, último parto há dois anos, um aborto espontâneo há oito anos, sem parceiro fixo, do lar, residente em Vila Velha, ES. Não realizou pré-natal, não sabe a última menstruação, tabagista, usuária de *crack*, três parceiros sexuais nos últimos 12 meses, sendo o último há um mês, o qual apresentava secreção peniana purulenta. O pai de seus dois filhos encontra-se recluso e o provável parceiro da gravidez atual está desaparecido. Informa, ainda, relações sexuais com dois parceiros no último período fértil, segundo idade gestacional avaliada à ultra-sonografia obstétrica.

A gestante procurou, em 18/10/2007, a Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, em decorrência da presença de lesões em vulva, iniciadas há 15 dias, associada a febre não-aferida, no mês da campanha contra a sífilis congênita no estado do Espírito Santo.

Ao exame físico geral foram evidenciados linfonodos inguinais palpáveis e indolores bilateralmente e pápulas eritematosas em abdome e dorso. Ao exame da genitália externa observou-se intenso edema de vulva, lesões papulosas, indolores, com superfície lisa, em regiões perineal e vulvar, características de sífilides (Figuras 1 e 2). Exame ao espéculo: colo e vagina sem evidência de lesões. Coletado material de conteúdo vaginal, para Gram, e material de endocérvice, para cultura de gonococo. Ambos os exames foram negativos. A bacterioscopia direta em campo escuro



Figura 1. Sífilides papulosas (condiloma plano) em vulva e perianal. Edema genital. Gestante em segundo trimestre de gestação.



Figura 2. Condiloma plano. Observar que as lesões são papulosas, embora elevadas.

ro de esfregaço de lesões vulvares visibilizou espiroquetas morfológicamente compatíveis com *Treponema pallidum*. O VDRL com soro puro foi negativo, positivando após a diluição até 1/128. O FTA-Abs foi reator e os exames anti-HIV, anti-HCV e o HBsAg, não-reatores. O hemograma e o coagulograma também não mostraram alterações.

O exame de ultra-sonografia obstétrico realizado durante a internação mostrou feto sem anormalidades, com idade gestacional de aproximadamente 20 semanas e quatro dias, com volume de líquido amniótico normal.

O tratamento foi iniciado, com penicilina benzatina 1.200.000 UI por via intramuscular em cada nádega por duas semanas consecutivas e azitromicina 1 g via oral, devido ao relato de quadro de uretrite em um dos parceiros, havendo melhora acentuada das lesões.

A paciente não compareceu para o acompanhamento do caso na terceira semana. Solicitamos a busca ativa da mesma e dos parceiros pelo serviço social e pela ESF (Estratégia Saúde da Família), que se encontra em andamento, mas, até a presente data, não conseguimos localizar dois dos três parceiros. O serviço médico da penitenciária foi comunicado para o tratamento do parceiro identificado da gestante com sífilis.

O caso foi notificado segundo a portaria nº. 33, de 14 de julho de 2005¹⁵.

DISCUSSÃO

A gestante que apresenta evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado é diagnosticada como gestante com sífilis e é obrigatória a sua notificação, o tratamento com controle de cura e o tratamento de parceiro sexual¹⁶.

É norma do Ministério da Saúde que o VDRL (qualitativo e quantitativo) seja feito duas vezes durante o pré-natal (primeira consulta e em torno da 28ª semana de gestação), sendo repetido no parto e em intercorrências obstétricas.

Gestantes tratadas devem ter o teste repetido mensalmente, devendo ser novamente tratadas se houver aumento de pelo menos duas diluições na titulação do último teste. Considera-se tratamento adequado da gestante com sífilis quando o mesmo for realizado com penicilina benzatina, em doses adequadas ao período da doença, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, com parceiro(s) tratado(s) concomitantemente. É necessária a comprovação dos tratamentos¹¹ em cartão de pré-natal ou receita com documentação da aplicação do medicamento. A portaria ministerial nº 159 autoriza a aplicação de penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde¹¹, como ação para garantir e facilitar o acesso ao tratamento. O esquema proposto pelo Ministério da Saúde, para o tratamento de sífilis na gestação, é 2.400.000 UI IM (intramuscular), dose única, na sífilis recente com evidência de cancro de inoculação (cancro duro); 2.400.000 UI IM, uma vez por semana, por duas semanas, na sífilis recente com menos de um ano de evolução; e 2.400.000 UI IM, uma vez por semana, por três semanas, em casos de sífilis tardia ou latente com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada¹¹.

A maior arma para a eliminação da sífilis congênita é o pré-natal de qualidade, com sorologias, tratamentos adequados da gestante e parceiro(s) e notificação do caso, com comprometimento dos profissionais de saúde nessa estratégia, reciclando conhecimentos e com enfrentamento e adesão às campanhas de eliminação da sífilis congênita. Considera-se notificação e convocação de parceiros para tratamento como abordagem de saúde pública¹⁷.

A incidência e a prevalência da sífilis são variáveis em diversas partes do mundo, havendo crescimento desses índices em muitos países¹⁸. A Organização Mundial de Saúde estima que ocorram no mundo 12 milhões de casos novos em cada ano de sífilis. No Brasil, segundo o MS, ocorrem acima de 900 mil casos novos de sífilis por ano e cerca de 25 mil casos de sífilis congênita¹¹.

A sífilis em gestante é doença de elevada taxa de transmissão vertical, variando de 70% a 100% sem o tratamento na fase recente e 30% na fase tardia, ou com o tratamento inadequado¹⁴. A consequência dessa infecção na gestação pode incluir abortamento, parto prematuro, e ainda morte do concepto. Os recém-nascidos podem apresentar estigmas da sífilis congênita¹⁹.

Com relação aos casos notificados e investigados de sífilis congênita verifica-se que no Brasil, entre os anos de 1998 e junho de 2006, foram notificados e investigados 36.615 casos em menores de um ano de idade. A região Sudeste concentra 51,2% dos casos (18.740 casos), a Nordeste, 27,9% (10.221 casos), a Centro-Oeste, 7,4% (2.714 casos), a Sul, 6,7% (2.442 casos) e a Norte, 6,8% (2.498 casos). Ainda analisando este período, a maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorre em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (54%) e fizeram pré-natal (75,8%). Dentre as mães em acompanhamento pré-natal, 53,7% tiveram a sífilis diagnosticada durante a gravidez. Entretanto, 53,7% destas não tiveram seus parceiros tratados⁸. Importante ressaltar que esses parceiros não tratados podem levar à reinfecção das gestantes após o tratamento das mesmas²⁰.

O pacto do Ministério da Saúde é de menos de um caso de sífilis para 1.000 nascidos vivos (eliminação da sífilis). No Espírito Santo, a incidência permaneceu estável e alta, em torno de 5,7% no período de 2000 a 2004. No ano de 2006, alcançamos o coeficiente de incidência/1.000 nascidos vivos de 3,5; com 175 casos notificados de sífilis congênita. É claro perceber que, apesar das campanhas realizadas para a eliminação da sífilis congênita no país, esse objetivo ainda não foi alcançado.

O efeito prozona pode ser responsável por um resultado falso-negativo de teste não-treponêmico e isto representa um sério problema na gestante infectada, que pode sofrer os graves efeitos da doença caso não receba o tratamento adequado ou se o mesmo for instituído tardiamente, além de expor o feto à sífilis congênita¹³.

Preconiza-se que sejam feitas diluições da amostra até 1:4 ou 1:8 a fim de evitar esse fenômeno, embora este seja de baixa frequência na população geral. Isso é justificável por ser o procedimento de baixo custo e alto benefício^{12,13}. O resultado do exame VDRL é descrito qualitativamente (não-reator ou reator) e quantitativamente em diluições (1:1, soro puro; 1:2; 1:4...), não sendo aceito o resultado em cruzeiros¹¹.

O caso atendido em nosso pronto-atendimento mostra-nos presença do efeito prozona na sorologia e na possibilidade de diagnóstico correto utilizando conhecimentos e atitudes de clínica e metodologia laboratorial adequadas, adotados por médicos treinados em doenças sexualmente transmissíveis (DST). A paciente apresentava lesões cutâneo-mucosas de sífilis recente, exuberantes, com exantema macular abdominal e dorsal, sífilides papulosas em genitália externa e febre. Devemos pensar na sífilis

(pensar sifiliticamente) sempre que uma pessoa apresente lesões ulceradas ou papulosas em genitais.

Chamamos a atenção para a associação de casos de sífilis com inadequados métodos de contracepção, multiplicidade sexual, falta de informação com relação às DST e diagnóstico e tratamento adequados das mesmas, uso de drogas, troca de sexo por drogas, falha no controle dos canais reguladores da política de saúde do país, com subnotificação dos casos²¹⁻²⁴ e dificuldade na atenção correta dos parceiros sexuais. Em alguns casos, não conseguimos localizar os parceiros, mesmo após uma busca ativa criteriosa.

A paciente incluía-se em situação de vulnerabilidade para as doenças sexualmente transmissíveis, apresentando lesões genitais, as quais facilitam a infecção por outros agentes de DST, incluindo o HIV²⁵.

CONCLUSÃO

O profissional de saúde deve estar capacitado para o diagnóstico clínico da sífilis, estar atento para a possibilidade da ocorrência de efeito prozona em pacientes com sífilides papulosas, realizar a diluição sorológica, sempre recomendada para o correto diagnóstico laboratorial da sífilis e instituir o tratamento adequado o mais precocemente possível em gestante com sífilis bem como no parceiro sexual, seguindo as normas de busca ativa quando for necessária, mesmo sendo dificultada por pacientes arredios, que podem não entender essa abordagem de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Passos MRL. Deesetologia, DST 5/ Doenças sexualmente transmissíveis 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
- Saraceni V, Leal MC, Hartz ZMA. Evaluation of health campaigns with emphasis on congenital syphilis: a systematic review. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(3): 263-273.
- USDHEW-U.S. Department of Health Education and Welfare. PHS Publication nº 1660 - Syphilis - a Synopsis. Atlanta: USDHEW; 1968.
- Carrara S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª ed. Brasília: PNDST/Aids-MS; 1999.
- Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Holanda VGDA. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *J Pediatr* 1999; 75: 119-125.
- Passos MRL. Deesetologia no bolso: O que deve saber um profissional que atende DST. Pirai: RQV; 2004.
- Domingues RMSM. Sífilis congênita: uma doença secular desafiando o terceiro milênio. *Saúde em Foco* 1998; 17: 30-33.
- Pickering LK. Diagnosis and therapy of patients with congenital and primary syphilis. *Ped Infect Dis J* 1985; (49): 602-605.
- Stalling SP. Syphilis in infants and young children. *Ped annals* 1994; (23): 334-340.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e Aids: Ministério da Saúde; 2005.
- Berkowitz K, Baxi L, Fox HE. False-negative syphilis screening: the prozone phenomenon, nonimmune hydrops, and diagnosis of syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 975-7.
- Passos MRL, Bravo RS, Barreto NA, Varella RQ, Santos CCC, Nascimento AVS et al. Azitromicina no tratamento de sífilis recente na gravidez. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2001; 13(2): 33-38.
- Stoll BJ, Lee FK, Larsen S, Hale E, Schwartz D, Rice RJ et al. Clinical and serological evaluation of neonates for congenital syphilis: a continuing diagnostic dilemma. *J Infect Dis*. 1993; 167: 1093-99.
- Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005. Seção 1, p. 111.
- Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, Medeiros MGPF, Matida LH, Saraceni V et al. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2005; 38(5): 446-447.
- Goh BT. Syphilis in adults. *Sex Transm Inf* 2005; 81: 448-452.
- Noyola DE, Malacara-Alfaro O, Lima-Rogel V, Torres-Montes A. Seroprevalencia de sífilis em mujeres embarazadas em San Luis Potosí. *Salud Publica Mex* 2006; 48: 151-154.
- Carvalho AVV, Passos MRL, Oliveira LHS, Lopes VGS, Herdy GVH, Pinheiro VMS. Sífilis adquirida na infância: estudo clínico, laboratorial e abuso sexual. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 1999; 11(5): 4-20.
- Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo DCM. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói – RJ. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(1): 18-23.
- Ashton M, Sopwith W, Clark P, McKelvey D, Lighton L, Mandal D. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 291-3.
- Koumans EH, Farley TA, Gibson JJ, Langley C, Ross MW, McFarlane M et al. Characteristics of persons with syphilis in areas of persisting syphilis in the United States: sustained transmission associated with concurrent partnerships. *Sex Transm Dis* 2001; 28: 497-503.
- Poulton M, Dean GL, Williams DI, Carter P, Iversen A, Fisher M. Surfing with spirochaetes: an outgoing syphilis outbreak in Brighton. *Sex Transm Infect* 2001; 77: 319-21.
- Okwumabua JO, Glover V, Bolden D, Edwards S. Perspectives of low-income African Americans on syphilis and HIV: implications for prevention. *J Health Care Poor Underserved* 2001; 12: 474-89.
- Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infectious Diseases* 2002; 2(7): 1447-61.

Endereço para correspondência:

HELENA LUCIA BARROSO DOS REIS

Avenida Nossa Senhora da Penha, 699, Torre B, sala 413. Praia do Canto, Vitória, ES.

CEP: 29055-131.

Tel: 55 27 3335-7180 ; Fax: 55 27 3325-1370

E-mail: hbarroso@unimedvitoria.com.br

Recebido em: 18/11/2007

Aprovado em: 30/12/2007

SÍFILIS CONGÊNITA, GÊMEOS NATIMORTOS E RETENÇÃO PLACENTÁRIA CULMINANDO EM HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO

CONGENITAL SYPHILIS, STILLBORN TWINS AND PLACENTAL RETENTION CULMINATING IN HYSTERECTOMY: CASE REPORT

Carolina FN Martins¹, Filomena A Silveira², Afonso G Muzitano³,
Marcus Vinícius C Pereira³, Philippe Godefroy C Souza⁴

RESUMO

Introdução: a sífilis congênita é uma das mais incabíveis causas de morbidez e mortalidade perinatal, o que revela uma assistência pré-natal ineficaz. A infecção intra-uterina pelo *Treponema pallidum* pode resultar em natimorto, morte neonatal, prematuro e/ou lesões sífilíticas que conduzem a desordens como surdez, prejuízo neurológico e deformidades ósseas. É infecção congênita que persiste em destaque, mesmo com a penicilina G benzatina reduzindo em quase 98% a transmissão materno-fetal quando a mãe é tratada adequadamente. **Objetivo:** neste trabalho apresenta-se o caso de uma gestação gemelar que teve como desfecho a morte intra-útero dos fetos, a retenção placentária e o choque hipovolêmico, culminando em histerectomia, ocorrido na maternidade do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, em Valença, Rio de Janeiro. **Relato do caso:** relata-se a história de uma paciente de 33 anos, de classe socioeconômica baixa, múltipara, admitida no serviço em trabalho de parto prematuro, com ambos os fetos mortos intra-útero. O parto foi transpélvico, com retenção placentária e choque hipovolêmico. Efetuado o pronto-atendimento, foi realizada a histerectomia e a estabilização do quadro. O VDRL, por razão da internação, revelou positividade, com início do tratamento. A paciente permaneceu internada oito dias. **Conclusão:** fica evidente que a sífilis é uma moléstia com graves consequências para as gestantes e seus conceitos, visto que 80% das mães infectadas sem tratamento, transmitem a doença para os fetos e um grande número destes morre antes de alcançar dois anos de idade.

Palavras-chave: gestação gemelar; natimorto; retenção placentária; sífilis congênita, DST

ABSTRACT

Introduction: congenital syphilis is one of the most inappropriate morbidity causes and perinatal mortality, revealing ineffective prenatal care. The intra-uterine infection for the *Treponema pallidum* can result in stillborn, neonatal death, premature and/or syphilitic lesions that lead to disorders as deafness, neurological damage and bone deformities. It is congenital infection that persists in prominence, although penicillin benzathine G prevents in almost 98% the maternal-fetal transmission, when the mother is treated correctly. **Objective:** this work presents the case of a twins' gestation that ended up with the death intra-uterus of fetuses, placental retention and shock due to loss of blood, culminating in hysterectomy, which happened at the Maternity of Hospital School Luiz Gioseffi Jannuzzi, in Valença, Rio de Janeiro. **Case report:** the case of a 33 year-old patient who belonged to a low socioeconomic class, with several previous childbirths is related, she was admitted in the service in premature birth work, with both fetuses dead intra-uterus. The childbirth was transpelvic, with placental retention and shock due to loss of blood. With ready-attendance done, hysterectomy and the stabilization of the case. VDRL, in cases of internment, revealed to be positive, in the beginning of the treatment. The patient stayed eight days in the hospital. **Conclusion:** it is evident that syphilis is a disease with serious consequences to pregnant women and their children, since, 80% of infected mothers without treatment, they transmit the disease to the fetuses and several of them die before reaching two years old.

Keywords: twins' gestation; stillborn; placental retention; congenital syphilis, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis foi relatada pela primeira vez por Cumano, em 1495, e, desde o princípio, a infecção foi associada à transmissão sexual e uma série de preconceitos persistem até hoje.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, todos os anos, pelo menos meio milhão de crianças nascem com sífilis congênita e meio milhão, mortas ou com seqüelas, resultantes da sífilis materna.² No Brasil, é uma doença de elevada magnitude. No estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e

de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Essa prevalência variou de 1,9%, na região Nordeste, a 1,3%, na região Centro-Oeste.³

Fatores que determinam a persistência de sífilis congênita como problema de saúde pública incluem uma falta de consciência da seriedade do problema entre os governantes, funcionários da saúde e provedores de cuidado médico, difícil acesso ao pré-natal, uma baixa demanda ao teste VDRL e o estigma e a discriminação que cercam as infecções sexualmente transmissíveis.⁴

A sífilis é uma infecção crônica, transmitida por via sexual e causada pelo *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*;⁵ é congênita quando transmitida de mãe para o feto, geralmente entre a 16ª a 18ª semana de vida intra-uterina.¹

As consequências da sífilis para mãe, gravidez, feto e criança são consideráveis, mas evitáveis. A maioria das mulheres grávidas com sífilis é assintomática e triagens sorológicas devem ser

¹Acadêmica do sexto ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

²Professora Titular de Obstetrícia e Professora Adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

³Plantonista da Maternidade da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

⁴Professor Assistente da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Valença, Valença – RJ.

realizadas logo na primeira visita ao pré-natal. No Brasil, o protocolo é usar o teste não-treponêmico (isto é, VDRL). Quando os resultados forem compatíveis com qualquer tipo de sífilis ativa, tratamento é requerido, sendo o de escolha com penicilina G benzatina.^{6,7}

Este relato tem por objetivo apresentar um caso de sífilis congênita em uma gestação gemelar, com natimortos e acretismo placentário, destacando a importância da prevenção primária desta moléstia.

RELATO DO CASO

Mulher, 33 anos, negra, natural de Valença (RJ), do lar, gestação gemelar, XIIG/XP/OA (X partos vaginais dirigidos), pré-natal iniciado em 05/09/2007 com IG de 24 semanas e um dia (DUM: 20/03/2007), comparecendo àquela e a mais uma consulta em 03/10/2007, caracterizando não-realização do pré-natal segundo a OMS. Realizou as sorologias para toxoplasmose (IgG positivo; IgM negativo), hepatite B (HBsAg não reagente) e HIV (anti-HIV não-reagente). Solicitados, porém não realizados, os outros exames da rotina de pré-natal, inclusive o VDRL, pois na cidade de Valença as sorologias, exceto para a sífilis, são realizadas por laboratório diferente e, quase sempre, os exames não-sorológicos apresentam muita demora em sua execução. Relato de antitetânica prévia e tipo sanguíneo O+.

Admitida na maternidade do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi em 16/10/2007, às 10:20 h, com IG de 30 semanas, portando Termo de Solicitação e Informação para submeter-se à laqueadura tubária, após devida orientação sobre planejamento familiar realizada por esta instituição. Encontrava-se em trabalho de parto prematuro, relatando ruptura prematura das membranas há 36 horas.

O exame da admissão constatou paciente alerta e orientada, hidratada, hipocorada; sinais vitais normais; aparelhos cardiovascular e respiratório sem alteração; abdome gravídico, fundo uterino medindo 33 cm, metrossístoles de média intensidade, batimentos cardíofetais do feto 1 e do feto 2 ausentes, assim como os movimentos fetais. Ao toque, colo 3 cm dilatado, bolsa rota, líquido amniótico fétido, feto 1 em apresentação pélvica.

Realizada ultra-sonografia obstétrica que constatou gravidez gemelar com ausência de ambos os batimentos cardíofetais.

Iniciada hidratação venosa, cefalotina e ocitocina e encaminhada à sala de parto: expulsão do feto 1 às 11:50 h, pélvico, sexo feminino, pesando 700 g e do feto 2 às 12:10 h, cefálico, sexo feminino, pesando 510 g, ambos natimortos e macerados.

Expulsos os fetos, não ocorreu o delivramento, por retenção placentária, quando então se tentou, sem sucesso, a extração manual da placenta sem analgesia. Com hemorragia transvaginal intensa e hipotensão, a paciente foi levada ao centro cirúrgico onde, sob anestesia intravenosa, a placenta foi extraída manualmente ao mesmo passo que se realizava reposição volêmica com cristalóides e concentrado de hemácias.

A puérpera deixou a sala de cirurgia às 13:45 h e foi encaminhada à unidade de pós-operatório (UPO), de onde retornou para o mesmo centro cirúrgico, minutos depois, com expressiva metrorragia, hipotonia uterina, hematoma paracervical e no istmo à

esquerda, 60 × 20 mmHg de pressão arterial (PA), progredindo para o choque hipovolêmico.

Assim, decidiu-se pela realização de histerectomia subtotal abdominal, sob anestesia geral e nova reposição volêmica com cristalóides e concentrado de hemácias.

Readmitida na UPO, a paciente foi colocada em ventilação mecânica (modo assisto-controlado). Constatada PA de 60 × 30 mmHg e perfusão capilar diminuída, foram administradas mais duas bolsas de hemácias e noradrenalina. Após estabilização hemodinâmica, PA de 140 × 80 mmHg, a noradrenalina foi progressivamente diminuída, o nível de consciência retornou ao estado vigil e foi retirado o tubo orotraqueal.

No segundo dia de internação hospitalar, recebeu alta da UPO e foi encaminhada para a maternidade.

Já na maternidade, no fim do segundo dia de internação, foram solicitados novos exames, com resultados: hematócrito, 26%; hemoglobina, 8,3 mg/dL; leucograma, 8.500 sem desvios; uréia, 16 mg/dL; creatinina, 0,62 mg/dL; ácido úrico, 6,2 mg/dL; sódio, 136 mEq/L; potássio, 2,9 mEq/L; proteína total, 4,4 g/dL; albumina, 2,4 g/dL; globulina, 2,0 g/dL e VDRL, 1:64, exame esse que foi coletado na admissão, porém o resultado só foi liberado dois dias após.

Diante do diagnóstico de sífilis, foi medicada com a primeira dose de penicilina benzatina de 2.400.000 UI IM.

A paciente manteve-se clinicamente estável até o quarto dia de internação hospitalar, quando apresentou um pico febril (temperatura axilar de 39,4°C) associado à mastalgia. Ao exame físico caracterizou-se mastite lactacional, tratada com parlodel, tenoxicam, gelo, enfaixamento das mamas e ordenha. Acrescentado ao esquema antibiótico (D4 cefalotina) gamicina. Solicitado hematócrito e hemoglobina, com resultados 21% e 6,7 mg/dL, respectivamente. Diante da anemia aguda, foi iniciada a transfusão de mais uma bolsa de concentrado de hemácias, entretanto a paciente apresentou reação transfusional (temperatura axilar de 38,2°C, 118 bpm, 180 × 100 mmHg, tremor e abalos de extremidade, poliartralgia e dispnéia). O procedimento foi suspenso e foi realizada hidratação venosa, furosemida e hidrocortisona.

A paciente manteve boa evolução, embora tenha apresentado dois picos febris, um no sexto e outro no sétimo dia de internação, sem associação com qualquer sinal de infecção ou processo inflamatório.

No oitavo dia de internação hospitalar, foi solicitado o exame de urina tipo 1, que apresentou 16 piócitos por campo e microbiota aumentada. Paciente solicitou alta, assinando termo de responsabilidade, tendo sido liberada então. Foi tentado contato através de busca ativa da paciente, pelo serviço social, sem êxito.

DISCUSSÃO

O aumento da incidência de sífilis nos países em desenvolvimento implica em risco de mais casos de sífilis congênita em recém-nascidos. É crucial estar atento às consequências desta infecção em neonatos e fetos, como relatado neste caso, cujo desfecho foi ominoso aos conceitos e à parturiente, ressaltando as várias medidas disponíveis para sua prevenção e tratamento.^{2,8,9}

A ocorrência continuada de sífilis congênita denuncia a má qualidade dos serviços de pré-natal e a qualidade pobre de pro-

gramas para controlar as infecções sexualmente transmitidas. Assim, mais de um milhão de crianças nascem com sífilis congênita, a cada ano, no mundo.¹⁰

O diagnóstico sorológico de sífilis na gravidez é importante, visto que a maioria das mulheres grávidas com sífilis é assintomática, metade das crianças contaminadas verticalmente também é assintomática e sinais em crianças sintomáticas podem ser sutis e inespecíficos. Testes diagnósticos mais novos, como imunoensaaios enzimáticos, reação em cadeia de polimerase (PCR) e *Western blot* fizeram o diagnóstico mais sensível e específico, mas são indisponíveis na maioria dos serviços de saúde e não são essenciais para o diagnóstico, pois o VDRL é um teste sensível, barato e de fácil execução.¹⁰ Assim, ressalta-se a importância da saúde primária, captação e triagem no pré-natal.

A infecção congênita seria menos provável se fossem tratadas as mulheres grávidas com sífilis antes do começo do terceiro trimestre (28 semanas). Porém, boa parcela das gestantes ainda inicia o tratamento pré-natal no último trimestre das gravidezes ou na hora do parto, quando a sífilis congênita, infelizmente, já aconteceu.² Neste relato, o desenlace desta doença para os fetos foi, lamentavelmente, a natimortalidade. Ressalta-se a importância de priorizar o diagnóstico sorológico da doença, inclusive no parto, pois no caso citado a paciente foi submetida a vários exames de complexidade maior que o VDRL, com prontidão dos resultados, enquanto o resultado sorológico para a sífilis só foi liberado 48 após a sua coleta; sendo que o exame apresenta técnica e execução simples.

Os riscos de transmissão vertical e doenças fetais estão diretamente relacionados com a fase de sífilis materna durante a gravidez. Sífilis recente com presença de cancro duro (primária), sífilis recente na vigência de lesões de pele (secundária), sem tratamento, podem resultar em 40% de perda fetal, apresentados como abortos espontâneos, natimortos ou morte perinatal. Outros 40% dos fetos nascidos de mães com sífilis recente sem tratamento podem ter lesões congênitas. Os riscos de perda fetal e sífilis congênita diminuem um pouco na fase latente precoce, e ocorrem reduções para 10% na latente tardia, respectivamente. Não obstante, o tratamento de sífilis materna com penicilina previne quase 98% de infecções congênitas. Sendo assim, eliminar a sífilis congênita requer triagem pré-natal e pronto tratamento.^{11,12,13}

Neste relato, o desfecho desfavorável ao binômio materno-fetal, culminando em histerectomia materna e morte gemelar, denuncia a falha na assistência médica pré-natal, no serviço social, e o descaso da unidade de saúde em não priorizar o exame de VDRL. A importância da assistência pré-natal adequada e compromissada transcende a responsabilidade médica, pois culpar a paciente por não ter retornado à consulta de pré-natal não isenta a responsabilidade da unidade de saúde da busca ativa desta paciente durante a gestação, e a priorização do VDRL (lembrar que foram realizados testes para toxoplasmose e hepatite) certamente impediria o desfecho negativo e os custos elevados deste caso.

Na semana nacional para o combate à sífilis congênita, uma unidade universitária convive com uma doença milenar, com diagnóstico secular e tratamento consagrado, simplesmente pela falta de busca ativa da paciente e pela priorização do diagnóstico e do tratamento adequados para a sífilis. Quanto custaria para identificar a ausência desta paciente no pré-natal, entrando em contato com a mesma, e quanto custou o desfecho deste caso? Priorizar o bem-estar da gestante e do feto é um dever do sistema de saúde e um direito da paciente.

CONCLUSÃO

Fica evidente que a sífilis é uma moléstia com graves consequências para as gestantes e seus conceitos, visto que 80% das mães infetadas sem tratamento, transmitem a doença para os fetos e um grande número destes morre antes de alcançar dois anos de idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza SM, Codinha S, Cunha E. The girl from the Church of the Sacrament: a case of congenital syphilis in XVIII century Lisbon. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [online]. [cited 2008-01-03], pp. 119-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762006001000018&lng=en&nrm=iso. ISSN 0074-0276. doi: 10.1590/S0074-02762006001000018. Acessado em: 19/10/2007.
2. Cheng JC, Zhou H, Hong FC, Zhang D, Zhang YJ, Pan P et al. Syphilis screening and intervention in 500 000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China. Sex Transm Inf 2007; 83: 347-350.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Epidemiologia: Sífilis Congênita. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DAPTBRIE.htm>. Acessado em: 20/10/2007.
4. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. 2004; 16(3): 211-7.
5. Peeling RW, Hook EW. The pathogenesis of syphilis: the Great Mimicker, revisited. 2006; 208(2): 224-32.
6. Mandelbrot L, Marcollet A. Syphilis and pregnancy. 2004; 54(4): 392-5.
7. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. 2004; 82(6): 439-46.
8. Carles G, Lochet S, Youssef M, El Guindi W, Helou G, Allassas N, Lambert V. Syphilis and pregnancy. 2007; 33(2): 56-58.
9. Schatorjé EJ, Bruijn M, op de Coul ME, Busari JO. Prevention and treatment of congenital syphilis. 2007; 151(41): 2241-7.
10. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. 2004; 82(6): 424-30.
11. Li Y, Gonik B. Is congenital syphilis really congenital syphilis? Infect Dis Obstet Gynecol 2006; 21(4): 322-325.
12. Rodrigues CS, Guimarães MD. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil. 2004; 16(3): 168-75.
13. Sá RAM. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade escola-UFRJ. DST – J bras Doenças Sex Transm 2001, 13(4): 6-8.

Endereço para correspondência:

PHILIPPE GODEFROY COSTA DE SOUZA

Avenida Independência, 35, Pendotiba, Niterói, RJ.

CEP: 24322-380

E-mail: godefroy@globo.com

Recebido em: 02/12/2007

Aprovado em: 12/01/2008

UVEÍTE E LESÕES PRIMÁRIAS DISSEMINADAS NA SÍFILIS ADQUIRIDA

UVEITIS AND PRIMARY LESIONS DISSEMINATED IN SYPHILIS

Luiz Fernando Aires Junior

RESUMO

Introdução: a sífilis é uma doença infecto-contagiosa de transmissão sexual, ascendente epidemiologicamente na saúde pública brasileira, devendo todos os profissionais da área de saúde estarem atentos a essa patologia, incluindo as manifestações extragenitais. **Objetivo:** relatar um caso clínico de sífilis primária que foi diagnosticado a partir de uveíte e de lesões primárias disseminadas. **Métodos:** foram feitos estudos de mapeamento e fundo de olho do paciente, bem como análise clínica e exames laboratoriais (VDRL, FTA-Abs IgM e IgG, sorologia para HIV, HBsAg, anti-HBc total, anti-HBsAg, anti-HCV). **Resultados:** a análise clínica, associada à investigação epidemiológica, com o resultado reagente do VDRL, acompanhado de FTA-Abs IgM, em um paciente soronegativo para HIV, com boa resposta ao tratamento com penicilina benzatina, confirma a hipótese diagnóstica de sífilis primária. **Conclusão:** é de fundamental importância que o profissional de saúde consulte novas referências bibliográficas para o conhecimento sobre as manifestações extragenitais de sífilis para que executem um diagnóstico correto e o tratamento adequado da doença, a fim de evitar possíveis seqüelas.

Palavras-chaves: sífilis, uveíte, cancro primário, DST

ABSTRACT

Introduction: syphilis is an infectious and contagious illness caused by sexual transmission, which is ascending in the Brazilian public health scenario. Therefore all professionals of the health area must be aware of the manifestations of this illness including extragenital manifestations. **Objective:** analyzing a clinical case of primary syphilis that was diagnosed from ocular manifestations and disseminated primary injuries. **Methods:** ophthalmologic and clinical analysis of the injuries of the patient, as well as examinations in laboratories (VDRL, FTA-Abs IgM/IgG, HIV sorology, HBsAg, anti-HBc total, antiHBsAg, anti-HCV) have been conducted. **Results:** the association of the clinical findings and epidemiologic investigation, with the positive result of VDRL, with FTA-Abs IgM in a no-HIV patient, confirmed the diagnostic hypothesis of primary syphilis. **Conclusion:** it is of utmost importance for health professionals, to gather new references of the knowledge of other manifestations of syphilis, in order to be able to establish a correct diagnosis and treatment, and avoid complications.

Keywords: syphilis, uveitis, primary lesion, STD

INTRODUÇÃO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de sífilis adquirida recente que teve início com complicações extragenitais e disseminação das lesões cutâneas características de sífilis primária.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, transmitida principalmente por meio da relação sexual com indivíduos contaminados, pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que frequentemente se inicia por um cancro de inoculação (cancro duro ou cancro primário), evoluindo de forma crônica, com períodos de silêncio clínico, podendo atingir todo o organismo. A infecção sífilítica pode ainda ocorrer através da placenta (sífilis congênita), transmissão sanguínea, ou acidentalmente por objetos contaminados. Ela é relativamente marcante entre as doenças infecciosas nas suas amplas variedades de apresentações clínicas e, se não for tratada, progride com sinais e sintomas diferentes.¹

Estima-se que ocorram no mundo mais de 12 milhões de casos por ano, dentre esses, 900 mil no Brasil, o que a torna um importante problema de saúde pública, principalmente no que diz respeito à sífilis congênita.

Classifica-se a sífilis em adquirida e congênita, recente e tardia; e também podemos classificá-la em primária, secundária, terciária e latente.¹

A sífilis adquirida recente, na forma primária, tem como característica o cancro duro, ou protossifiloma, que é o local de penetração do treponema, e tem período de incubação de 10 dias a 3 meses, sendo em média de 14 a 21 dias após a inoculação. Entre 2 e 3 semanas da inoculação do *Treponema pallidum*, ocorre uma treponemia, e surge a lesão de inoculação. Geralmente surge como uma pápula, única, discreta, ulcerada, indolor, limpa, de fundo liso avermelhado forte, base dura com bordas elevadas firmes e endurecidas. A maioria dos cancros é única, mas múltiplas úlceras são algumas vezes observadas, particularmente quando dobras cutâneas ficam aposicionadas. Localiza-se geralmente nos órgãos genitais externos (no pênis, na vulva) ou no colo uterino, mas não é incomum encontrar-se no períneo, no reto, ou na boca. A lesão passa despercebida com maior frequência em mulheres e em homossexuais masculinos, quando se instala na parede vaginal, no colo uterino, ou no ânus. O cancro não tratado resolve-se em algumas semanas, formando uma discreta cicatriz. Ele geralmente está associado a uma adenopatia regional, que pode ser uni ou bilateral. Os linfonodos regionais são móveis, definidos e de consistência borrachosa.^{1,2}

Nos pacientes portadores de HIV podem ocorrer lesões mais extensas, ulceradas, ou em maior número, assim como a cronologia das manifestações clínicas pode apresentar alterações significantes.³

Médico infectologista responsável pelo ambulatório masculino de DST dos municípios de São José dos Campos e Jacareí. Membro da Coordenação do Programa DST/HIV/Aids de Jacareí, SP.

Instituição: Prefeitura Municipal de São José dos Campos, Programa de DST/HIV/Aids, Ambulatório Masculino do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-COAS).

Na sífilis primária não costumam ocorrer manifestações sistêmicas de doença.¹

A sífilis adquirida recente, secundária, apresenta-se 4 a 8 semanas após o aparecimento do cancro primário, podendo ter sintomas sistêmicos como mal-estar, febre, cefaléia e dor de garganta, com linfadenopatia generalizada. As lesões cutâneas são geralmente disseminadas, de distribuição simétrica e geralmente róseas, acobreadas ou vermelhas escuras, não-pruriginosas, e quase nunca são vesiculosas ou bolhosas. Frequentemente têm uma descamação superficial e tendem a ser polimórficas e arredondadas. Bastante acentuadas nas regiões palmares e plantares. Outras manifestações da sífilis secundária incluem a hepatite, a periostite, a nefropatia, e pode haver irite ou uveíte anterior.^{3,4}

O diagnóstico da sífilis primária é confirmado pela demonstração do *Treponema pallidum* em microscópio de campo escuro, em material colhido adequadamente do cancro duro.⁵

As reações treponêmicas positivam em geral a partir da terceira semana de infecção concomitante ao cancro duro. Atualmente, os mais utilizados são FTA-Abs IgM e IgG – a fração IgM demonstra a infecção recente em atividade e a negativa num tempo variável, enquanto a fração IgG se mantém positiva permanentemente, não sendo utilizada para controle terapêutico. As reações não-treponêmicas como VDRL são positivas, respectivamente, em 85% e 70% dos casos.⁶

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 38 anos, foi encaminhado ao ambulatório masculino de DST da rede pública de São José dos Campos, por um serviço privado de oftalmologia de outro município, pois o paciente apresentava um quadro de uveíte, lesões cutâneas e VDRL 1/8.

Na anamnese, o paciente relata ter estado um ano abstinente, tendo tido relação desprotegida há aproximadamente 60 dias, tendo aparecido, após 20 dias, hiperemia conjuntival no olho esquerdo (**Figura 1**) acompanhada de lacrimejamento e diminuição da acuidade visual que, após uma semana sem melhora, o fez procurar um serviço de oftalmologia, onde foi diagnosticada uveíte. Após dez dias do aparecimento do quadro oftalmológico, surgiu uma lesão ulcerada no pênis (**Figura 2**), e logo em seguida apareceram lesões ulceradas por todo o corpo, da região galeal até dorso dos pés, poupando as regiões plantares e palmares (**Figuras 3 e 4**).

O paciente chegou ao nosso serviço no 14º dia de evolução do quadro, sem sintomas sistêmicos, sem lesões orais, com intensa hiperemia conjuntival esquerda, acompanhada de lacrimejamento, perda da acuidade visual e inúmeras lesões cutâneas disseminadas pelo corpo (**Figura 4**), com características de lesão sifilítica primária (cancro duro, com bordos elevados e endurecidos, e fundo limpo – **Figura 5**), mantendo as regiões palmares e plantares sem lesões, com discreta adenopatia inguinal bilateral. O exame do fundo de olho foi prejudicado pelo edema e pela opacificação da córnea.

Iniciou o tratamento oftalmológico no outro município, com 60 mg/dia de prednisona VO, atropina e corticóide tópico, sendo reduzida a prednisona em 20 mg/semana, sem melhora do



a - Início do tratamento.



b - Após o tratamento.

Figura 1. Hiperemia conjuntival, uveíte.

quadro. Iniciado o tratamento etiológico em nosso serviço com 2.400.000 UI de penicilina benzatina IM por três semanas, e colhido novo VDRL (1/512), FTA-ABS (IgM e IgG reagente) e sorologia para HIV (não-reagente).

Paciente evoluiu em um mês com melhora da uveíte, remissão das lesões cutâneas, e diminuição do VDRL (1/32).

DISCUSSÃO

Embora os sintomas oculares possam aparecer em qualquer estágio da doença, as complicações oculares da sífilis adquirida ocorrem, principalmente na sífilis secundária, em aproximadamente 5% dos pacientes. Quase todas as estruturas oculares podem ser envolvidas. As apresentações mais comuns incluem uveíte anterior, neuroretinite e pupila sifilítica de Argyll Robertson, na qual as pupilas mióticas reagem mal à luz, mas vivamente à acomodação.³

A maioria das lesões cutâneas da sífilis primária acomete a genitália, de forma única, no local de inoculação, embora possam ser múltiplas em aproximadamente 1/3 dos casos, com lesão pápulo-eritematosa de 0,3 a 2,0 cm de diâmetro, que logo se ulcera, semelhante a um pequeno botão circular ou oval, indurada, indolor, com margens firmes e elevadas, e fundo liso e avermelhado. Excepcionalmente a sífilis secundária pode apresentar



a - Início do tratamento.



b - Após tratamento.

Figura 2. Lesão no pênis.



a - Início do tratamento.



b - Após tratamento.

Figura 3. Lesão em tronco.



a - Início do tratamento.



b - Após tratamento.

Figura 4. Lesões disseminadas.



a - Início do tratamento.



b - Após tratamento.

Figura 5. Cancro primário.

caráter maligno, assumindo as lesões cutâneas o aspecto do cancro presente na fase primária da doença.²

O diagnóstico da sífilis primária é confirmado pela presença do *Treponema pallidum* em microscópio de campo escuro, em material colhido adequadamente do cancro duro. O FTA-Abs e o VDRL são positivos, respectivamente em 85% e 70% dos casos.

O diagnóstico diferencial da sífilis primária deverá ser feito principalmente com outras DST (cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo), lesões traumáticas infectadas, erupções medicamentosas, carcinoma, granuloma inguinal, infecções fúngicas superficiais, e líquen plano.^{2,3}

O melhor tratamento até hoje conhecido para a sífilis é a penicilina,³ sendo o antibiótico de eleição a penicilina G benzatina, 2.400.000 UI IM, dose única, na sífilis primária, sendo repetida a dose em uma semana na sífilis secundária e latente recente (total 4.800.000 UI), e repetida por três semanas no caso da sífilis terciária ou latente tardia (total 7.200.000 UI). No caso do nosso paciente, fizemos três doses da medicação para aguardarmos os resultados laboratoriais, obtendo sucesso no tratamento.⁷

CONCLUSÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica, na qual o microrganismo se multiplica no local de inoculação, e dissemina-se em horas pelas circulações sanguínea e linfática, sendo de fundamental importância que o profissional de saúde tenha conhecimento de suas apresentações extragenitais, para que esteja capacitado a realizar um correto diagnóstico e o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Passos MRL. DST 5 Doenças Sexualmente Transmissíveis, 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.189- 214.
2. Amato Neto V, Baldy JLS. Doenças Transmissíveis, 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p.359-366.
3. Ausiello D, Goldman L. Cecil Tratado de Medicina Interna, 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005 p. 2246-2256, 2824-2829.
4. Foaccia R, Veronesi R. Tratado de Infectologia, Rio de Janeiro: Atheneu; 1997. p. 1009-1012.
5. Bennet JE, Douglas RG, Mandell GL. Enfermedades Infecciosas Principios y Practica, 3ªed. Buenos Ayres: Panamericana; 1991 p.1896-1912.
6. Marinho LAC, Tavares W. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p. 951-964.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed. Brasília: PN DST e Aids; 2006.

Endereço para correspondência:

LUIZ FERNANDO AIRES JUNIOR

Rua Amim Assad, 200

Jardim São Dimas, São José dos Campos – SP.

CEP: 12245-000

Telefax: (12) 3922-9649, (12) 9155-3377

E-mail: lufaires@ig.com.br

Recebido em: 17/10/2007

Aprovado em: 21/12/2007

O DESAFIO DA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS NO BRASIL

*Cristina Ferreira¹, Denis Ribeiro², Eduardo C Oliveira³, Marcelo J Barbosa³,
Mariângela BG Simão⁴, Valdir M Pinto⁵*

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em fevereiro de 2006, fortalece a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo. Estabelece aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas, de acordo com a realidade local, de maneira que as prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas à agenda nacional.

Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, que aponta a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas. Um dos componentes para a execução dessa prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Para que o Brasil avance nesse propósito, o Ministério da Saúde lançou, em 24 de outubro, o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, tendo como meta principal reduzir as taxas de transmissão, de forma escalonada, até 2011, conforme os **Quadros 1 e 2**.

Recursos Financeiros

Atualmente, o Ministério da Saúde investe R\$ 38,8 milhões na aquisição de medicamentos anti-retrovirais para gestantes HIV+ e crianças expostas ao HIV, inibidores de lactação, fórmula infantil e testes para HIV e sífilis. Para ampliar as ações, visando alcançar as metas estabelecidas no plano, estão previstos mais R\$ 16 milhões no repasse anual que o Ministério da Saúde faz para os estados e municípios.

Esses recursos são necessários para adequar a rede de atenção, revisando fluxos de referência e contra-referência entre serviços de pré-natal e laboratórios de testagem e maternidades. Nesse contexto, é estratégica a aproximação entre a atenção básica e os serviços especializados, capilarizando a cobertura do sistema a partir da integralidade das ações.

Com o plano, pretende-se, ainda, aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. O teste VDRL, usado para detectar a sífilis, é disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Espera-se que o número de testes de sífilis realizados em gestan-

tes aumente de 2,1 milhões para 4,8 milhões por ano. No caso dos testes anti-HIV, estima-se que passará de 1,4 milhão para 2,3 milhões.

Os cálculos, do aumento de cobertura da testagem para 100% das gestantes atendidas na rede pública de saúde, foram feitos com base no número estimado de grávidas atendidas no SUS por ano (2,4 milhões/2006 – DATASUS).

Contexto

Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que aproximadamente 12,5 mil recém-nascidos sejam expostos ao vírus da aids por ano no Brasil. Cerca de 48 mil casos de sífilis ocorrem ao ano em gestantes no país, resultado de uma prevalência de 1,6%, e cerca de 12 mil casos de sífilis congênita².

Por meio de medidas preventivas e de tratamento adequado, as chances de transmissão vertical do HIV caem para aproximadamente 1%. Da mesma forma, 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 como problema de saúde pública no país, ou seja, reduzir o índice para menos de um caso por mil nascidos vivos.

Para avançar na prevenção desses dois agravos, é necessário que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atender a gestante portadora de HIV ou sífilis, bem como o seu recém-nascido. No caso de sífilis diagnosticada em parturientes, somente poderemos diminuir a morbidade perinatal, visto que o agravo já ocorreu, mas, pode-se abordar a infecção materna, e dos parceiros, interrompendo o ciclo de infecção no casal e suas consequências no longo prazo. Torna-se, assim, imprescindível a necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico e a atenção a essas mulheres e seus parceiros, principalmente durante o pré-natal.

Para a sífilis, apesar de estar bem estabelecido o uso da penicilina, deparamo-nos com serviços, na esfera da atenção primária, que recusam a aplicação da penicilina. Em 19 de janeiro de 2006 foi publicada portaria ministerial normatizando o uso da mesma em unidades básicas de saúde.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer por meio da passagem do vírus da mãe para o bebê, durante a gestação, no trabalho de parto, no parto propriamente dito (por meio do contato com as secreções cervico-vaginais e sangue materno) ou pela amamentação. Cerca de 35% das transmissões do HIV da mãe para o bebê ocorrem durante a gestação e 65%, no parto³. Há, ainda, um

¹ Farmacêutica – bioquímica, Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde (PN DST e Aids).

² Enfermeira em Oncologia Clínica, PN DST e Aids.

³ Médico Infectologista, PN DST e Aids.

⁴ Médica Pediatra Sanitarista, Mestre em Saúde Materno-Infantil, Diretora PN DST e Aids.

⁵ Médico, Mestre em Saúde Pública, PN DST e Aids.

Quadro 1. Taxa de transmissão vertical do HIV, no Brasil, por região¹

Região	Taxa de transmissão ¹ (%)	Redução proposta para cada região até 2009 (%)	Taxa esperada até 2009 (%)	Redução proposta para cada região até 2011 (%)	Taxa esperada até 2011 (%)
Norte	13,40	30	9,40	30	6,60
Nordeste	7,70	30	5,40	30	3,80
Centro-Oeste	4,30	30	3,00	30	2,10
Sudeste	7,60	30	5,30	30	3,70
Sul	4,90	30	3,40	30	2,40

Quadro 2. Taxa de redução da transmissão vertical da sífilis, no Brasil, por região¹

Região	Taxa de incidência estimada por 1.000 nascidos vivos ²	Redução proposta com relação à taxa de inc. estimada para 2009 (%)	Taxa de incidência esperada por 1.000 nascidos vivos até 2009	Redução proposta com relação à taxa de inc. estimada para 2011 (%)	Taxa de incidência esperada por 1000 nascidos vivos até 2011 (%)
Norte	4,5	30	3,15	30	2,20
Nordeste	4,7	30	3,29	30	2,30
Centro-Oeste	3,2	30	2,24	30	1,57
Sudeste	4,0	30	2,80	30	1,96
Sul	3,5	30	2,45	30	1,71

risco acrescido de transmissão por meio da amamentação natural, com índices entre 7% e 22% por exposição (mamada)^{4,5}.

Quando não são realizadas as intervenções de profilaxia, a transmissão vertical do HIV ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas. Entretanto, a administração da zidovudina (AZT), na gestação, adicionada ao uso de AZT injetável durante o trabalho de parto e do AZT xarope ao recém-nascido, reduzem a taxa de transmissão vertical para 8,3%, segundo um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076)⁶.

As intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (PN-DST/Aids), atualmente, são:

- Uso de medicamentos anti-retrovirais, a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice;
- Utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto;
- Realização de cesárea eletiva, em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica^{7,8};
- Administração de AZT oral para o recém-nascido exposto, do momento do nascimento até 42 dias de vida; e inibição de lactação à mãe, associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade^{9,10}.

Variações regionais

Em estudo multicêntrico conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a taxa estimada de transmissão vertical do HIV no Brasil, em 2004, era de 6,8%, variando entre 13,4%, na região Norte, e 4,3%, na região Centro-Oeste¹. Nas regiões onde houve

sensibilização e empenho para reduzir a transmissão vertical, observam-se números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

Já a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%², aproximadamente quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, também apresentando diferenças regionais com 1,8% para a região Norte, 1,9% para a Nordeste, 1,6% para a sudeste, 1,4% para a Sul e 1,3% para a Centro-Oeste, representando cerca de 50 mil gestantes infectadas no ano de 2005. A sífilis congênita é um claro evento marcador da qualidade da assistência à saúde, ocorrendo, em média, cinco mil novos casos notificados a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,9 caso por mil nascidos vivos¹¹. Considerando-se uma importante subnotificação, estima-se que ocorram, no entanto, cerca de 12 mil casos da doença, o que elevaria a taxa de incidência para cerca de 4 casos por 1.000 nascidos vivos.

Apesar da elevada cobertura de pré-natal no país, próximo a 96%, a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades¹². Contudo, verifica-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora um tratamento inadequado, incluindo-se o não tratamento do parceiro.

Os casos notificados e investigados de sífilis congênita, segundo características maternas, apresentam índices baixíssimos com relação ao tratamento do parceiro, que apresenta uma média de apenas 13%¹¹.

Legislação, tecnologia e insumos para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis já existem e são disponibilizados pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais. Porém, os dados epidemiológicos não são satisfatórios e as diferenças regionais demonstram que é possível e, sobretudo, necessária a

implementação de medidas mais efetivas de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis, particularmente para gestantes, durante o pré-natal e nas maternidades, o Ministério da Saúde, além das estratégias já citadas, inclui a implantação, em cenários específicos, dos testes rápidos para o diagnóstico. Entretanto, deve-se destacar que apenas o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhora da qualidade da atenção à gestante portadora de HIV e/ou sífilis, além disso, devemos pensar na captação precoce da gestante, instituição e adesão ao tratamento e tratamento dos parceiros.

O plano busca agregar todos os atores envolvidos na redução da TV do HIV e da sífilis, com o objetivo de sensibilizá-los, bem como definir responsabilidades, com perspectivas de que as ações sejam de fato executadas no país para que na próxima década casos de transmissão vertical do HIV e da sífilis sejam identificados como eventos raros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Succi RCM et al. Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV em Filhos de Mulheres com Diagnóstico da Infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o Parto. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estudo Sentinela Parturientes. Rev Saúde Pública 2004; 38(6): 764-772.
3. Kuhn L, Abrams EJ, Matheson PB, Thomas PA, Lambert G, Bamji M et al. Timing of maternal infant HIV transmission: association between intrapartum factors and early polymerase chain reaction results. Aids 1997; 11:429-35.
4. Bhana N, Ormrod O, Perry CM, Figgitt DP. Zidovudine: a review of its use in the management of vertically-acquired pediatric HIV infection. Paediatr Drugs 2002; 4:515-53.
5. Read JS. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Aids. Pediatrics 2003; 112:1196-205.
6. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, Sullivan MJ et al. Reduction of maternal-infant transmission of immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331:1173-80.
7. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, Wyler CA, Biedermann K, Lauper U et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective cesarean section and zidovudine prophylaxis. Aids 1998; 12:205-10.
8. Minkoff H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. Obstet Gynecol 2003; 101:797-810.
9. Bryson YJ. Perinatal HIV-1 Transmission: recent advances and therapeutic interventions. Aids 1996; 10 Suppl 3:S33-42.
10. Orloff SL, Simonds RJ, Steketee RW, Louis ME. Determinants of perinatal HIV-1 transmission. Clin Obstet Gynecol 1996; 39:386-95.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano III – nº 1 – 1ª-26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Estudo Sentinela Parturientes; 2006 (dados não publicados).

Endereço para correspondência:

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, UNIDADE III

Avenida W 3 Norte SEPN 511, Bloco C, 2º andar, Asa Norte, Brasília, DF.

CEP: 70750-543

Tel: 55 61 3448-8068, Fax: 55 61 3448-8206

E-mail: grupodst@aids.gov.br

Recebido em: 21/12/2007

Aprovado em: 21/02/2008

SUMÁRIO Nº1

EDITORIAL	
CANDIDÍASE VAGINAL, VAGINOSE BACTERIANA E DS	3
Newton Sergio de Carvalho	
ARTIGOS	
INFECÇÃO GENTAL POR <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> EM CASAIS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE CONJUGAL	5
<i>GENITAL INFECTION BY CHLAMYDIA TRACHOMATIS IN COUPLES ATTENDING IN CONJUGAL STERILITY AMBULATORY</i>	
Carlos Alberto S Marques, Maria Luíza B Menezes, Iara Maria G Coelho, Carlos Reinado C Marques, Leonardo C Celestino, Márcio C Melo, Priscila R Lima	
PREVALÊNCIA DE ANOMALIAS DENTÁRIAS EM CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA O HIV	11
<i>DENTAL ANOMALIES PREVALENCE IN CHILDREN BORN FROM HIV SEROPOSITIVE MOTHERS DENTAL ANOMALIES IN HIV CHILDREN</i>	
Rita CB Bertazzoli, Maria R Baptista, Luciana C Fonseca, Claudia RL Figueiredo	
EXPERIÊNCIAS REFERENTES À CONTRACEPÇÃO POR MULHERES SABIDAMENTE INFECTADAS PELO HIV QUE ENGRAVIDAM	16
<i>EXPERIENCES RELATED TO CONTRACEPTION BY HIV-INFECTED WOMEN THAT BECOME PREGNANT</i>	
Roberta MC Romanelli, Carolina S Cardoso, Elisa MR Lin, Lúcia HF Goulart, Regina Amélia LP Aguiar, Jorge A Pinto	
COMPORTAMENTO DE JOVENS DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DO BRASIL FRENTE À PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GRAVIDEZ	22
<i>BEHAVIOR OF THE YOUNGS FROM A UNIVERSITY OF THE SOUTH OF THE BRAZIL FACE TO A PREVENTION OF THE DISEASES SEXUALLY TRANSMISSIBLE AND PREGNANCY</i>	
Fernanda G Souza, Janaina C De Bona, Dayani Galato	
CERVICITES E SEUS AGENTES NA ROTINA DOS EXAMES COLPITOLÓGICOS	30
<i>CERVICITIS AND ITS AGENTS IN THE PAP SMEAR ROUTINE</i>	
Thais G Tavares, Patrícia Krumm, Eglon Indício Costa, Célia M L Padilha, Álvaro P Pinto	
INFECÇÃO PELO HIV E A ATIVIDADE LABORAL DO PORTADOR: UMA RELAÇÃO ÉTICA E LEGAL NA VISÃO DA ODONTOLOGIA DO TRABALHO	35
<i>HIV INFECTION AND WORKING PATIENT ATIVITY: THE ETIC AND LEGAL RELATION IN THE VISION OF THE WORK DENTISTRY</i>	
Luciana N Silva, Douglas L G Filho, Dennis C Ferreira	
COMPREENSÃO DA PANDEMIA DA AIDS NOS ÚLTIMOS 25 ANOS	45
<i>UNDERSTANDING THE AIDS PANDEMIA IN THE LAST 25 YEARS</i>	
Agnes Caroline S Pinto, Patrícia NC Pinheiro, Neiva FC Vieira, Maria Dalva S Alves	
INFORMES	
DST 7/AIDS 3, GOIÂNIA 2008 – CONGRESSOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST – PROGRAMAÇÕES	51

SUMÁRIO Nº3-4

EDITORIAL	
BOLETIM ELIMINASÍFILIS	107
José Gomes Temporão, Mauro Romero Leal Passos, Mariângela Silveira, Priscilla Madureira, Thais Martins	
ARTIGOS/ARTICLES	
DUAS DÉCADAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: A PROPOSIÇÃO DAS DEFINIÇÕES DE CASO	111
<i>TWO DECADES OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL: CONCERNING THE CASE DEFINITIONS</i>	
Ângela Tayra, Luíza Hunnari Matida, Valéria Saraceni, Leidjany C Paz, Alberto Novaes Ramos Jr.	
A (DES)INFORMAÇÃO RELATIVA À APLICAÇÃO DA PENICILINA NA REDE DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: O CASO DA SÍFILIS	120
<i>THE (DIS)INFORMATION REGARDING PENICILLIN USE IN THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: THE CASE OF SYPHILIS</i>	
Anete Sevciovic Grumach, Luíza Hunnari Matida, Jörg Heukelbach, Helena Lufécia Luna Coelho, Alberto Novaes Ramos Júnior	
RESULTADOS DO ESTUDO SENTINEL-PARTURIENTE, 2006: DESAFIOS PARA O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL	128
<i>RESULTS OF THE SENTINEL SURVEILLANCE PROJECT, 2006: CHALLENGES FOR THE CONTROL OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL</i>	
Célia L Szwarcwald, Aristides Barbosa Junior, Angélica E Miranda, Leidjany C Paz	
NEUROSSÍFILIS CONGÊNITA: AINDA UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	134
<i>CONGENITAL NEUROSYPHILIS: YET A SEVERE PROBLEM OF PUBLIC HEALTH</i>	
Maria Luíza B Menezes, Carlos Alberto S Marques, Tereza Maria A Leal, Márcio C Melo, Priscila R Lima	
SÍFILIS CONGÊNITA COMO FATOR DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS	139
<i>CONGENITAL SYPHILIS AS PRENATAL ASSISTANCE FACTOR IN CAMPO GRANDE – MS</i>	
Ernesto Antonio Figueiró-Filho, Renata VC Gardenal, Leandro A Assunção, Gabriel R Costa, Carlos Renato L Periotto, Cássia A Vedovatte, Leonardo R Pozzobon	
CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA	144
<i>EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CONGENITAL SYPHILIS IN SALVADOR CITY, BAHIA</i>	
Maria de Fátima G Almeida e Susan Martins Pereira	
ANÁLISE DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ	157
<i>EVALUATION OF CONGENITAL SYPHILIS CASES AT THE MATERNITY OF THE HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ</i>	
Regina Célia SC Fernandes, Paulo GCC Fernandes, Talita Y Nakata	
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ NO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO URUARÁ-ÁREA VERDE	162
<i>EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE ON SYPHILIS IN THE PREGNANCY AT CENTRO DE SAÚDE DO URUARÁ-ÁREA VERDE DISTRICT</i>	
Osmarina N Pires, Zilma NS Pimentel, Marcos Vinicius S Santos, Wilkey A Santos	
SITUAÇÃO DE LA SÍFILIS EN 20 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE. AÑO 2006	166
<i>SYPHILIS SITUATION IN 20 LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN COUNTRIES: YEAR 2006</i>	
Enrique Galbán, Adele S Benzaken	
SÍFILIS RECENTE EM GESTANTE E EFEITO PROZONA NA SOROLOGIA: RELATO DE CASO	173
<i>EARLY SYPHILIS IN PREGNANT WOMAN AND PROZONE PHENOMENON IN SEROLOGY: CASE REPORT</i>	
Helena Lucia B Reis, Antônio Chambi Filho, Josilaine B Sabino, Sabrina Caldeiras	
SÍFILIS CONGÊNITA, GÊMEOS NATIMORTOS E RETENÇÃO PLACENTÁRIA CULMINANDO EM HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO	177
<i>CONGENITAL SYPHILIS, STILLBORN TWINS AND PLACENTAL RETENTION CULMINATING IN HISTERECTOMY: CASE REPORT</i>	
Carolina FN Martins, Filomena A Silveira, Afonso G Muzilano, Marcus Vinicius C Pereira, Philippe Godefroy C Souza	
UVEÍTE E LESÕES PRIMÁRIAS DISSEMINADAS NA SÍFILIS ADQUIRIDA	180
<i>UVEITIS AND PRIMARY LESIONS DISSEMINATED IN SYPHILIS</i>	
Luiz Fernando Aires Junior	
INFORME TÉCNICO	
O DESAFIO DA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS NO BRASIL	184
Cristina Ferreira, Denis Ribeiro, Eduardo C Oliveira, Marcelo J Barbosa, Mariângela BG Simão, Valdir M Pinto	
ÍNDICE DE PUBLICAÇÕES DE 2007	187
ÍNDICE DE REVISORES DE 2007	187

SUMÁRIO Nº2

EDITORIAL	
REVENDO CONCEITOS EM DST “Uma obrigação de todos”	63
Paulo César Giraldo, Rose Luce do Amaral, Elisa Tomazini	
ARTIGOS/ARTICLES	
RESISTÊNCIA DA <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i> A ANTIMICROBIANOS EM MANAUS: PERÍODO 2005-2006	65
<i>NEISSERIA GONORRHOEAE ANTIMICROBIAL RESISTANCE IN MANAUS: 2005-2006 PERIOD</i>	
William A Ferreira, Waldemara S Vasconcelos, Maria de Fátima P Silva, Jairo S Gomes, Cristina M Ferreira, Adele S Benzaken, Maria Jane S Silva	
VALIDACIÓN CLÍNICA DE UN GUANTE CON INDICADOR DE PH (VAGITEST®) PARA LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS INFECCIONES VAGINALES	70
<i>CLINICAL VALIDATION OF A GLOVE WITH PH INDICATOR (VAGITEST®) IN DIAGNOSIS APPROACH OF VAGINAL INFECTION</i>	
Miguel Tilli, Adrián Orsini, María María Alvarez, Marisa Almuzara, Elena Gallardo, Juan O Mormandi	
COMPORTAMENTO SEXUAL EM ADULTOS MAIORES DE 50 ANOS INFECTADOS PELO HIV QUE ENGRAVIDAM	75
<i>SEXUAL BEHAVIOR IN HIV INFECTED ADULTS MORE THAN 50 YEARS OLD</i>	
Bruna Z Bertozzini, Karla S Moraes, Irene C Kulkamp	
INTRODUÇÃO DE PROGRAMA EDUCATIVO EM DST NA COMUNIDADE DA FAVELA DO MOINHO DE SÃO PAULO-SP, BRASIL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GRAVIDEZ	80
<i>INSTALLATION OF A STD EDUCATION PROGRAM FOR THE COMMUNITY OF MOINHO SLUM OF SÃO PAULO-SP, BRAZIL</i>	
Leila Sraetzka, Tânia MQR Boccia, Heráclito B Carvalho	
O FREQUENTE DESAFIO DO ENTENDIMENTO E DO MANUSEIO DA VAGINOSE BACTERIANA	84
<i>ASSOCIATION BETWEEN HPV WITH PENILE CARCINOMA: A REVIEW</i>	
Paulo Cesar Giraldo, Mauro Romero L Passos, Renato Bravo, Renata Q Varella, Wilma NA Campos, Rose Luce do Amaral, Enílio Marussi	
ASSOCIAÇÃO ENTRE HPV E CÂNCER PENIANO: REVISÃO DA LITERATURA	92
<i>ASSOCIATION BETWEEN HPV WITH PENILE CARCINOMA: A REVIEW</i>	
Newton Sergio de Carvalho, Ana Paula Kannenberg, Cristine Munaretto, Danila Yoshioka, Maria Cecília V Ahy, Miriam A Ferreira, Renato Tambara Filho	
CARTA AO EDITOR/LETTER TO EDITOR	
METRONIDAZOLE FOR MILD CHRONIC PROSTATIS	96
Dario Palharel	
INFORMES	
DST 7/AIDS 3, GOIÂNIA 2008 – CONGRESSOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST – PROGRAMAÇÕES	97

ÍNDICE DE REVISORES DE 2007

Adele Schwartz Benzaken (AM)
Alberto Tibúrcio (RO)
Alicia Farinati (Argentina)
Angélica Espinosa (ES)
Enrique Galbán García (Cuba)
Ernesto Antonio Figueiró-Filho (MT)
Geraldo Duarte (SP)
Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)
Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
José Antônio Simões (SP)
Iara Moreno Linhares (SP)
Isabel Cristina Culvis do Val (RJ)
Ivo Castelo Branco Coelho (CE)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Luiz Carlos Moreira (RJ)
Maria Luíza Bezerra Menezes (PE)
Mauro Cunha Ramos (RS)
Mauro Romero Leal Passos (RJ)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Paulo Canella (RJ)
Paulo César Giraldo (SP)
Renato de Souza Bravo (RJ)
René Garrido Neves (RJ)
Rosane Figueiredo Alves (GO)
Rui Bastos (Moçambique)
Sílvia Maria Cavalcanti Baeta (RJ)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)
Walter Tavares (RJ)



Sociedade Brasileira de SBDST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

CPF: _____ Carteira de Ident.: _____ CRM: _____

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Ramal: _____ Fax: () _____

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do DST-JBDST, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 4 exemplares) e atividades científicas com preços especiais.

- Enviar cheque nominal e cruzado para a *Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis*
Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150

- Se residente em Estado que possui Regional, enviar o pagamento para a mesma:

ALAGOAS: SBDST - AL - Rua Barão de Anadia, 5 - Centro, Maceió, AL - CEP: 57020-630 - A/C Dra. Cledna Bezerra

AMAZONAS: SBDST - AM - Rua Codajás, 24 - Cachoeirinha - Manaus - AM - CEP: 69065-130 - A/C Dr. José Carlos G. Sardinha

BAHIA: Av. Sete de Setembro 400 - Edifício Fundação Pditécnica, Bloco B, Sala 62 - Salvador - BA - CEP: 40060-903 - A/C Dr. Roberto Dias Fontes

CEARÁ: SBDST - CE - Rua Carolina Suopira, 770, aptº 202 - Aldeota - Fortaleza - CE - CEP: 60140-120 - A/C Dr. No Castelo Branco Coelho

ESPÍRITO SANTO: SBDST - ES - Rua Jair Andrade, 315 - Praia de Itapoã - Vila Velha - ES - CEP: 29101-700 - A/C Dra. Maria Angélica Espinosa

GOIÁS: SBDST - GO - Assoc. Méd. de Goiás, DPTO GO, Av. Muniz, 2553 - Setor Marista - Goiânia - GO - CEP: 741550-20 - A/C Dra. Rosane Alves

PARÁ: ABCDST-PA - Av. Gov. José Malcher, 168313, Nazaré, Belém, PA - CEP: 66035-100 - A/C Dr. Jorge Vaz

PARANÁ: SBDST - SOGIPA - Rua Buenos Aires, 995, Curitiba - PR - CEP: 80250-070 - A/C Dr. Newton Sérgio de Carvalho

PERNAMBUCO: SBDST - PE - Rua Benfca, 352 - Madalena - Recife - PE - CEP: 50750-410 - A/C Dr. Carlos Alberto S. Marques

RIO DE JANEIRO: ADSTRJ - RJ - Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150 - A/C Dr. Mauro Romero Leal Passos

RIO GRANDE DO NORTE: SDSTRN - Rua Raimundo Chaves, 1552, Res. West Park, BLV 84 Res. J 30, Candelária, Natal - RN - CEP: 59064-390 - A/C Dr. Jair Maciel

RIO GRANDE DO SUL: SBDST - RS - Av. Duque de Caxias, 250 - Pelotas, RS - A/C Dra. Mariângela Silveira

RONDÔNIA: ADSTRÓ - Rua Dom Pedro II, 637 s/409, Centro, Porto Velho, RO - CEP: 78900-000 - A/C Dr. Alberto Tibúrcio

SÃO PAULO: SBDST - SP - Rua. Don Francisco de Campos Barreto, 145, Campinas - SP - CEP: 13092-160 - A/C Dr. Paulo Giraldo