

**FACULDADE ATENAS MEDICINA**

**RHAQUEL OLIVEIRA GOMES DE ABREU**

**SÍFILIS CONGÊNITA, UM ALERTA À SUA ELIMINAÇÃO**

**PARACATU  
2018**

RHAQUEL OLIVEIRA GOMES DE ABREU

## SÍFILIS CONGÊNITA, UM ALERTA À SUA ELIMINAÇÃO

Monografia apresentada ao Departamento de  
Comissão Científica da Faculdade Atenas para  
conclusão da Residência Médica em Pediatria.

Orientador: Prof. Luzimar Bruno Ferreira.

PARACATU  
2018

RHAQUEL OLIVEIRA GOMES DE ABREU

## SÍFILIS CONGÊNITA, UM ALERTA À SUA ELIMINAÇÃO

Monografia apresentada ao Departamento de  
Comissão Científica da Faculdade Atenas para  
conclusão da Residência Médica em Pediatria.

Orientador: Prof. Luzimar Bruno Ferreira.

Banca examinadora:

Paracatu-MG, 13 de abril de 2018.

---

Prof. Dra. Nicolli Bellotti de Souza  
Faculdade Atenas

---

Prof. Dra. Daniela de Stefani Marquez  
Faculdade Atenas

---

Prof. Dra. Gabriela Rabelo  
Faculdade Atenas

Dedico este trabalho:

À Faculdade Atenas, um instrumento nas mãos de Deus para minha formação base em medicina, bem como para realização de um sonho: atuar em pediatria, além de melhorar a saúde da nossa cidade e principalmente por tornar possível o que para mim era impossível.

## **AGRADECIMENTOS**

O meu maior agradecimento é para Ele, Deus, a quem eu devo cada passo, cada conquista e todo suspiro de vida. A Ele que é o médico dos médicos e minha maior inspiração.

Agradeço infinitamente o Dr. Bruno que não somente chefe foi um pai em meu segundo ano de residência, estendendo-me a mão e com toda generosidade me ensinou sua visão da medicina, incentivando-me todos os dias, mostrando-me a minha força. Agradeço a minha família e meu esposo Sólon que sempre estiveram comigo nos bastidores, renovando minhas energias quando precisei. Aos mestres por despertarem em mim minhas próprias expectativas. Aos amigos pela contribuição direta ou indireta na elaboração deste trabalho e pela amizade dedicada.

## **SÍMBOLOS, ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES**

<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>SC</b>	Sífilis Congênita
<b>NV</b>	Nascidos Vivos
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>VDRL</b>	Venereal Diseares Research Laboratory
<b>RPR</b>	Rapid Plasma Reagin
<b>FTA-Abs</b>	Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption
<b>RN</b>	Recém nascido
<b>LCR</b>	Líquido cefalorraquidiano

## RESUMO

A eliminação da sífilis congênita é uma meta da OMS por ser um agravo 100% prevenível e ainda um problema de Saúde Pública com graves consequências como óbito infantil, aborto, natimortalidade e nos sobreviventes acometidos, risco de sequelas irreversíveis. De acordo com o Boletim epidemiológico de Sífilis de 2017, as taxas de sífilis por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nos últimos anos no Brasil, passando de 2,4 para 6,8 casos por mil nascidos vivos, não alcançando assim, a meta determinada pela OMS de 0,5 caso por mil nascidos vivos. Este trabalho objetiva conhecer a taxa de incidência de RN com sífilis congênita no Hospital Municipal de Paracatu através de levantamento retrospectivo. Atualizar profissionais da saúde quanto a aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da sífilis. Propor medidas de prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical da sífilis. Incentivar a notificação adequada e a partir desses dados, promover novos estudos. A incidência de sífilis congênita é crescente e expressiva mesmo com prevenção e tratamento de baixo custo e complexidade. Faz-se necessário conhecer a epidemiologia e atualização quanto ao manejo. O presente trabalho não visa esgotar o assunto, mas estimulará novos trabalhos e formulações de protocolos. O presente estudo trata-se de um levantamento bibliográfico e epidemiológico dos últimos 8 anos. Estudo epidemiológico descritivo, por levantamento retrospectivo a partir de notificações e por relatos diários dos plantões realizados pelos pediatras da maternidade referentes ao ano de 2017. Evidenciaram-se 36 casos de sífilis em gestantes, dos quais 12 não foram notificados. Desses, houve 13 diagnósticos de sífilis congênita por 977 nascidos vivos. Estamos frente a um desafio, já que os números encontrados estão acima dos expostos pelo estudo realizado em Minas Gerais. Trata-se de uma infecção congênita com métodos de prevenção efetivos, com custo benefício amplamente positivos, desde que haja manejo adequado desde o diagnóstico da gestação, promovendo um diagnóstico precoce de sífilis e logo em seguida promoção do tratamento adequado do binômio mãe-feto/RN.

**Palavras-Chave:** Sífilis Congênita. Diagnóstico Precoce. Manejo adequado.

## **ABSTRACT**

The elimination of congenital syphilis is a goal of WHO because it is a 100% preventable disease and a Public Health problem with serious consequences such as infant death, abortion, stillbirth and in the survivors affected, risk of irreversible sequelae. According to the Epidemiological Bulletin of Syphilis of 2017, syphilis rates per thousand live births have risen about three times in recent years in Brazil, from 2.4 to 6.8 cases per thousand live births. WHO target of 0.5 case per thousand live births. This study aims to know the incidence rate of newborns with congenital syphilis at the Municipal Hospital of Paracatu through a retrospective survey. Update health professionals regarding the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of syphilis. Propose measures for prevention, care and surveillance of syphilis vertical transmission. Encourage proper notification and from this data, promote further studies. The incidence of congenital syphilis is increasing and expressive even with prevention and treatment of low cost and complexity. It is necessary to know the epidemiology and update on the management. The present work does not aim to exhaust the subject, but will stimulate new works and formulations of protocols. The present study is a bibliographical and epidemiological survey of the last 8 years. Descriptive epidemiological study, by means of a retrospective survey based on reports and daily reports of shifts performed by maternity paediatricians for the year 2017. 36 cases of syphilis were detected in pregnant women, of which 12 were not reported. Of these, there were 13 diagnoses of congenital syphilis per 977 live births. We are facing a challenge, since the numbers found are above those exposed by the study carried out in Minas Gerais. It is a congenital infection with effective, cost-effective prevention methods, provided that there is adequate management since the diagnosis of gestation, promoting an early diagnosis of syphilis and soon thereafter promotion of adequate treatment of the mother-fetus / RN.

**Key words:** Congenital Syphilis. Early diagnosis. Proper handling.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>1.1 OBJETIVO</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Objetivo geral</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Objetivo específico</b>	<b>10</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>3 CAPÍTULO I – SÍFILIS EM GESTANTE</b>	
<b>3.1 - Conceitos básicos</b>	<b>12</b>
<b>3.2 – Assistência à gestante com sífilis</b>	<b>12</b>
3.2.1 – Diagnóstico clínico	12
3.2.2 – Diagnóstico laboratorial	13
3.2.2.1 – Testes não treponêmicos	13
3.2.2.2 – Testes treponêmicos	14
3.2.2.3 – Interpretação dos exames	14
3.2.3 – Tratamento da gestante	15
3.2.3.1 – Manejo após o tratamento	17
<b>4 CAPÍTULO II – SÍFILIS NEONATAL</b>	
<b>4.1 - Conceitos básicos</b>	<b>18</b>
<b>4.2 – Assistência à criança com sífilis congênita</b>	<b>18</b>
4.2.1 – Sífilis congênita precoce	18
4.2.2 – Sífilis congênita tardia	19
4.2.3 – Diagnóstico	19
4.2.4 – Manejo do recém nascido	21
<b>4.3 – Tratamento do recém-nascido com sífilis congênita</b>	<b>22</b>
4.3.1 Abordagem no período neonatal	22
4.3.1.1 Recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada	23
4.3.1.2 – Recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada	23
4.3.1. C – Recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada	24
4.3.2 – Abordagem no período pós-neonatal (mais de 28 dias de vida)	24
4.3.3 – Acompanhamento/controle de cura de RNs/sífilis congênita ou a ela expostos	25
4.3.4 - RN sem critérios de sífilis congênita e não tratados no período neonatal	25
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>26</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>28</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>29</b>

## 1-INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica, cujo agente etiológico, *Treponema pallidum*, é uma bactéria gram negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade, exclusiva do ser humano. Sua transmissão é predominantemente sexual seguida de vertical. Considerada uma doença sexualmente transmissível (DST), sua transmissão é mais eficiente nas fases primária e secundária da doença, através do contato direto com as lesões repletas de Treponemas (BRASIL, 2016a).

O período de incubação é, em geral, de 10 a 90 dias. Não existem vacinas e infecções anteriores não geram imunidade às novas exposições ao agente etiológico (BRASIL, 2016a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima no mundo mais de 1 milhão de casos de DST por dia. Ao ano, há 357 milhões de novas infecções entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. Destas, a sífilis é a que gera maior preocupação por acometer mulheres em idade reprodutiva, e uma vez infectada, a taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, e 20-40% nas fases tardias da doença (CIARLINI, 2015).

A eliminação da sífilis congênita (SC) é uma meta da OMS por ser um agravo 100% prevenível e ainda um problema de Saúde Pública com graves consequências como óbito infantil, aborto e natimortalidade. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tinha como meta, até 2015, diminuir a incidência de SC para 0,5 casos de SC por 1.000 Nascidos Vivos (NV), além do diagnóstico precoce e tratamento adequado para no mínimo 95% das gestantes com sífilis. Em 1993 as estratégias e organização de planos com esta finalidade se intensificaram, centradas principalmente na atenção básica de saúde. Estas foram importantes para melhor assistência à gestante, porém ainda insuficientes para alcançar a meta. Para que haja sucesso, a abordagem inicia-se pré-gestação e percorre pelo pré-natal, assistência ao parto/nascimento e puericultura (BRASIL, 2016a).

A notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída em 1986 e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde e deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As taxas de sífilis aumentaram cerca de três vezes nos últimos cinco anos no Brasil, passando de 2,4 para 6,8 casos de sífilis congênita e de 3,5 para 12,4 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos. Esses dados indicam uma melhora na vigilância epidemiológica e uma possível ampliação no acesso ao diagnóstico, além do

aumento na cobertura de testagem, redução no uso de preservativos, desabastecimento de penicilina e resistência à aplicação de penicilina na atenção Básica (BRASIL, 2017b).

Trata-se de um dado preocupante para cidade de Paracatu, que apresentou diagnóstico de sífilis congênita em 13 crianças no ano de 2017 dentre 977 nascidos vivos. Números ainda maiores que os notificados em Minas Gerais no mesmo ano.

O boletim Epidemiológico de Sífilis (2016) trouxe um perfil em relação ao pré-natal, 78,4% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 15% não fizeram, e 6,7% apresentaram informação ignorada. Dentre as que fizeram pré-natal, 51,4% foram diagnosticadas durante o pré-natal, 34,6% o momento do parto/curetagem, 8,3% após o parto e 0,6% não tiveram diagnóstico; demais ignorados. Quanto ao tratamento, 56,5% receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam tratamento e apenas 4,1% receberam tratamento adequado. Em 62,3% dos casos tratados, o parceiro não foi tratado concomitantemente à gestante e 13,9% fizeram o tratamento. Registrado ainda em 2015, 221 óbitos por sífilis e crianças menores de 1 ano, que configura coeficiente de mortalidade de 7,4 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2016b).

Os diagnósticos de sífilis materna em Minas Gerais, no ano de 2016, 65,3% ocorreu durante o pré-natal, 24,8% no momento do parto/curetagem, 6,2% após o parto e 8% não tiveram diagnóstico, completando os números aqueles casos que ignoraram essa informação. Com relação ao tratamento na gestante, 4,5% realizaram de forma adequada, 24,3% não realizaram tratamento, 63%, o tratamento foi considerado inadequado e em 8,2% não havia informações quanto ao tratamento realizado (BRASIL, 2017b).

No mundo, mais de um milhão de RN são infectados a cada ano. No Brasil, os óbitos por sífilis em menores de um ano, correspondem a 23,2% dos óbitos do país. A mortalidade infantil por sífilis congênita é de 2,3/100mil nascidos vivos em 2006 para 6,7/1000 nascidos vivos em 2016. A sífilis congênita teve aumento na taxa de incidência, de 1,14/1.000 nascidos vivos em 2011 para 5,71/1000 nascidos vivos em 2016 (BRASIL, 2017b).

Em 2017 na cidade de Paracatu-MG, há registro de 977 nascidos vivos. Dentre estes, 36 casos de gestantes com sífilis e destas, 13 consideradas infecções verticais causando sífilis congênita. A cada 75 crianças que nascem na maternidade do Hospital Municipal de Paracatu, uma é diagnosticada e tratada por sífilis congênita. Números preocupantes e distantes da meta estabelecida pela OMS.

## **1.1-OBJETIVOS**

### **1.2-Objetivo Geral**

Conhecer a taxa de incidência de RN com sífilis congênita através de levantamento retrospectivo.

### **1.3-Objetivos Específicos**

- a) Atualizar profissionais da saúde quanto a aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da sífilis.
- b) Esclarecer quanto à prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical da sífilis.
- c) Incentivar a notificação adequada e a partir desses dados, promover novos estudos.

## **1.4-JUSTIFICATIVA**

A transmissão vertical do *Treponema pallidum* é responsável por alta morbimortalidade fetal. Trata-se de uma doença com prevenção e tratamento de baixo custo e complexidade, porém mantém crescimento expressivo em sua incidência no mundo. Faz-se necessário como ponto de partida, conhecer nossa epidemiologia local e revisão bibliográfica de seu manejo visto que este tem sido um assunto alvo de muitas discussões e publicações nos últimos 5 anos, especialmente a partir de 2016. O presente trabalho não visa esgotar o assunto, mas estimular novos trabalhos e formulações de protocolos que auxiliem profissionais da Atenção Básica na prevenção, diagnóstico, tratamento e orientação da população alvo.

Por se tratar de um agravo da saúde 100% evitável, é de suma importância que tracemos estratégias de manejo da sífilis, especialmente de gestantes infectadas pelo risco elevado de transmissão vertical, com sérias repercussões para o conceito, quando não realizado tratamento e acompanhamento adequados.

## **2-METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no início de 2018 após conclusão das notificações do ano de 2017. Foram usados dados de Indicadores maternos fetais da maternidade e notificações realizadas na Maternidade do Hospital Municipal de Paracatu e encaminhadas à SMS. Estes dados foram associados à descrição dos casos da maternidade que se encontra em cadernos utilizados pelos pediatras que trabalham o serviço, visto que o número de casos notificados foi inferior ao número real de diagnósticos pelos pediatras. O mesmo realizou uma revisão bibliográfica com base em documentos publicados nos últimos 8 anos, dentre eles protocolos do ministério da saúde e trabalhos recentes para melhor entendimento do problema e abrindo portas para trabalhos futuros.

### **3- SÍFILIS EM GESTANTE**

#### **3.1 - Conceitos básicos**

A sífilis afeta 2 milhões de gestantes por ano no mundo e causa mais de 300 mil mortes fetais e neonatais. A maioria destas não realiza o teste para diagnóstico, o que as faz não tratadas ou tratadas inadequadamente. Cerca de 330.000 gestantes com sífilis não recebem tratamento durante o pré-natal a cada ano e dois terços delas resultam em sífilis congênita (BRASIL, 2017b).

Uma vez infectada com o *Treponema pallidum*, este pode atravessar a barreira placentária e, por via hematogênica penetrar na corrente sanguínea do feto. A transmissão direta através de lesões no canal de parto podem ocorrer e através do aleitamento materno, ocorre apenas se houverem lesões mamárias por sífilis, pois o leite materno não transmite a sífilis. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação, principalmente na fase inicial da infecção. Quanto mais recente a infecção, maior o número de espiroquetas circulantes e mais gravemente o conceito será atingido. A infecção antiga leva a produção progressiva de anticorpos pela mãe atenuando a infecção no conceito, possibilitando a ocorrência de lesões mais tardias na criança (BRASIL, 2016a).

#### **3.2 – Assistência à gestante com sífilis**

##### **3.2.1 – Diagnóstico clínico**

As manifestações clínicas dependem da fase da doença: primária, secundária, terciária ou latente (recente, tardia ou de duração indeterminada). Na ausência de manifestações clínicas, deve ser considerada como latente com duração indeterminada.

**Quadro 1:** Manifestações Clínicas de acordo com a Evolução e Estágios da Sífilis

<b>SÍFILIS RECENTE</b> (Menos de 2 anos de duração)	<b>PRIMÁRIA</b> 10-90 dias após o contato	Nódulo indolor único no local do contato que ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Geralmente em genitália, períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. Rica em treponemas.
	<b>SECUNDÁRIA</b> 6 semanas-6 meses após o contato	Sinais e sintomas sistêmicos, confundida com outros diagnósticos. Lesões eritemo-escamosas palmo-plantares, placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas, lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas, alopecia em clareira e madarose, febra, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. Ricas em treponemas.
	<b>LATENTE RECENTE</b> 2 primeiros anos de infecção	Não há sinais ou sintomas. Há reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. Cerca de 25% dos pacientes intercalam lesões secundárias com período de latência no primeiro ano de infecção.
<b>SÍFILIS TARDIA</b> (Mais de 2 anos de duração)	<b>LATENTE TARDIA</b> Após 2 anos de infecção	
	<b>TERCIÁRIA</b>	Menos frequente atualmente. Acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas e ossos.

Fonte: Adaptado do MS. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2017.

### 3.2.2 – Diagnóstico laboratorial

As técnicas recomendadas são sorológicas ou pesquisa direta por meio de microscopia em exsudato de lesões ou tecidos. Recomenda-se que a investigação seja iniciada com um teste treponêmico no primeiro, terceiro trimestre e no momento do parto/curetagem. Para os resultados reagentes, é indicado o teste não treponêmico que, se reagente, confirma o diagnóstico com início imediato do tratamento. O controle de cura e tratamento deve ser realizado através do teste não treponêmico mensal, especialmente VDRL (BRASIL, 2017b).

É definido sífilis em gestante nas seguintes situações: 1. Teste treponêmico ou não treponêmico reagente sem tratamento prévio, mesmo que assintomática. 2. Paciente sintomática com um dos testes reagentes, treponêmico ou não treponêmico. 3. Paciente com testes treponêmico e não treponêmico reagente, independente de sintomatologia e tratamento prévio (BRASIL, 2017a).

#### 3.2.2.1 – Testes não Treponêmicos:

VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin) são testes não específicos, que detectam anticardiolipina liberada a partir da lise celular. Estas agem contra cardiolipina liberada pelo treponema em ação. (BRASIL, 2017c) São expressos

de forma quantitativa em títulos (1:2, 1:4, 1:8 e etc.) que estão correlacionados com a atividade da doença e apresentam alta sensibilidade e especificidade (BRASIL, 2014).

Os resultados falso-positivos ocorrem por infecções, doenças auto-imunes, idade avançada, uso de drogas ilícitas e a gestação em si (BRASIL, 2010).

### **3.2.2.2 – Testes treponêmicos:**

Hemaglutinação passiva (TPHA-*Treponema pallidum* Hemagglutination), Imunofluorescência indireta (FTA-Abs-Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption), Ensaio imunoenzimático (ELISA – Enzyme-Linked immunosorbent Assay), Ensaio quimioluminescente (ECLIA) e teste rápido treponêmico. Estes detectam anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*. Geralmente são os primeiros a se tornarem reagentes.

Os testes FTA-Abs e teste rápido treponêmico são os mais utilizados e apresentam alta sensibilidade e especificidade. Podem identificar infecção ativa ou memória imunológica, podendo permanecer reagentes por toda a vida (BRASIL, 2010).

### **3.2.2.3 – Interpretação dos exames**

Uma vez infectada pelo *Treponema pallidum*, os anticorpos específicos se tornam detectáveis pelos testes treponêmicos, e seu resultado positivo pode significar uma infecção antiga tratada. Cerca de 15-20% dos pacientes tratados em fase primária voltam a ser não reagentes em testes treponêmicos após 2-3 anos. A cicatriz sorológica é definida por teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não treponêmico (BRASIL, 2011).

É esperada queda dos títulos do teste não-treponêmico em quatro vezes após 3 meses e de até oito vezes após 6 meses de tratamento. A negatificação do exame ocorre na maioria dos casos dentro de 2 anos após o tratamento e o seguimento deve ser mantido após o parto. Esta negatificação é diretamente proporcional à precocidade do tratamento e fase da doença. Na sífilis tardia (mais de um ano de doença), os títulos podem reduzir ou permanecerem estáveis com valores <1:8. Cerca de 1/3 das sífilis tardias, mesmo sem tratamento, podem apresentar queda ou até mesmo negatificação de seus títulos (BRASIL, 2016a).

A associação entre os testes treponêmicos e não treponêmicos é fundamental para interpretação e seguimento adequados. O quadro expõe interpretação e conduta frente seus resultados.



**Quadro 2:** Resultado dos testes, interpretação e conduta para a gestante

<b>TREPONÊMICO</b>	<b>NÃO TREPONÊMICO</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>	<b>CONDUTA</b>
REAGENTE	REAGENTE	Diagnóstico de sífilis.	Tratar e realizar monitoramento do tratamento com teste não treponêmico mensal.
REAGENTE	NÃO REAGENTE	Terceiro teste treponêmico com método diferente. Se não reagente considerar resultado falso-positivo. Se reagente, considerar sífilis recente ou sífilis tratada.	Em suspeita de sífilis primária, tratar e realizar novo teste não treponêmico em 30 dias.
NÃO REAGENTE	REAGENTE	Provável falso-positivo, principalmente se titulação menor 1:4. Se maior que 1:4 realizar novo teste treponêmico com outro método.	Se novo teste treponêmico reagente, tratar e monitorar mensalmente com teste não treponêmico.
NÃO REAGENTE	NÃO REAGENTE	Ausência de infecção ou período de incubação.	Em caso de suspeita clínica/epidemiológica, nova coleta em 30 dias, e tratar se o retorno da paciente não for garantido.

Fonte: Adaptado de MS. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2017.

### 3.2.3 – Tratamento da gestante

O tratamento da sífilis em gestante visa evitar a transmissão vertical para o conceito via transplacentária e deve ser iniciado com apenas um teste reagente, seja treponêmico ou não, visto que podem ser graves as consequências, como aborto, natimortalidade, óbito e sequelas como deficiência visual, auditiva, física e mental.

A penicilina benzatina é a única opção comprovada de tratamento seguro e eficaz na gestação para prevenção de sífilis congênita, além de não apresentar resistência ou toxicidade ao feto. (2) Este tratamento é definido e prescrito pelo médico de acordo com a fase da doença e pode ser administrado pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica. É de baixo custo e de fácil operacionalização (BRASIL, 2016a).

Segundo o protocolo da OMS, quando indisponível a penicilina benzatina, gestantes com sífilis latente recente podem ser tratadas com ceftriaxona 1g, via intramuscular por 10-14 dias. Este tratamento é classificado como inadequadamente tratado com notificação compulsória e investigação/tratamento da criança para sífilis congênita, já que esta medicação

não ultrapassa barreira placentária. Para outras fases da sífilis, não há outra forma terapêutica descrita na literatura.

A dose e tempo do tratamento dependem da do estágio clínico da doença e está descrita no quadro de número 3.

**Quadro 3** – Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis.

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões em cada glúteo)
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neuro/sífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV; administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Fonte: MS. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2017.

Em caso de falha na administração de qualquer dose do tratamento preconizado, a paciente deverá reiniciar todo o esquema terapêutico. Na fase secundária da doença, a primeira dose de penicilina deve ser realizada em ambiente intra-hospitalar por risco de abortamento e risco da Reação de Jarish-Herxheimere, caracterizada por febre, calafrios, mialgia, cefaleia, hipotensão, taquicardia e acentuação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido que se iniciam 2-4 horas após administração da medicação. Trata-se de uma reação benigna, auto limitada, geralmente 24-48 horas, desencadeada pela lise bacteriana causada pelo antibiótico, com cautela no diagnóstico diferencial da alergia a medicação (BRASIL, 2010).

A alergia à penicilina benzatina é geralmente benigna, com possibilidade de 0,002%, podendo cursar com reações graves em 10-40 pacientes por 100.000 tratamentos. Em caso de alergia confirmada à penicilina, recomenda-se a dessensibilização em local intra-hospitalar apropriado e realização do tratamento com a mesma, visto que não há outra medicação que seja considerada totalmente eficaz contra a transmissão vertical. Na impossibilidade da dessensibilização, recomenda-se tratamento com ceftriaxona 1g IV ou IM, 1x/dia, por 8-10 dias (BRASIL, 2014).

Parceiros sexuais expostos a sífilis primária, secundária ou latente precoce nos últimos 90 dias, mesmo com provas sorológicas não reagentes, devem ser tratados presumivelmente. Se expostos há mais de 90 dias, devem ser avaliados clínica e sorologicamente e tratados de acordo com os achados diagnósticos. O tratamento do parceiro é considerado adequado

quando usados penicilina benzatina, doxiciclina ou ceftriaxone. É importante o aconselhamento de prática sexual segura durante e após o tratamento (BRASIL,2014).

O tratamento da sífilis na gestante é considerado adequado quando o mesmo é completo para seu estágio clínico, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto. (5) Estas recomendações entraram em vigor pelo Ministério da Saúde em 19/09/2017, não sendo mais usado para fins de definição de caso de sífilis congênita o tratamento da parceria sexual da mãe. O tratamento completo deve ser documentado na caderneta da gestante para que seja considerado verdadeiro. Outro critério de tratamento adequado é a queda de duas titulações em sorologia não treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis de sorologia não treponêmica, se o título inicial era menor que 1:4 (BRASIL, 2016a).

### **3.2.3.1 – Manejo após o tratamento**

Além do manejo clínico laboratorial, o acolhimento e aconselhamento da gestante são de grande importância, esclarecendo a patologia e seus riscos principalmente ao conceito. Faz-se necessária a orientação quanto à eficácia da prevenção da sífilis congênita e reconhecer a importância de inserir o parceiro nesse cenário abordando-o para um “check-up” durante o pré-natal.

O exame clínico é indicado em 1-2 semanas do início do tratamento e em 30 dias após o fim do mesmo, associado à testes não treponêmicos mensais. A elevação dos títulos ou ausência de queda dos mesmos (exceto quando o título inicial for menor ou igual a 1:4) pode indicar reinfecção da gestante, falha terapêutica ou tratamento inadequado (BRASIL, 2011).

Por dificuldade na diferenciação entre reexposição, reinfecção e resposta imunológica lenta, é preciso atenção a novos sintomas clínicos, histórico de violência sexual, comorbidades, conhecimento do tratamento e exames laboratoriais prévios. Caso preencha critérios de retratamento, está indicada a punção lombar e administração de três doses de Penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM uma vez por semana por três semanas, com o intervalo entre as doses não excedendo 14 dias. Se LCR compatível com neurosífilis, esta deve ser tratada de forma adequada (BRASIL, 2017c).

## **4- SÍFILIS NEONATAL**

### **4.1 - Conceitos básicos**

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente é diagnosticado como quadro de sífilis congênita (BRASIL, 2017-1).

Sífilis neonatal é a disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou tratada inadequadamente atingindo seu conceito por via transplacentária. Cursa com aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% dos casos. Dos RNs afetados, 50% são assintomáticas com início dos sintomas durante os primeiros três meses de vida (BRASIL, 2016a).

Embora o acometimento fetal possa ocorrer em qualquer fase da gestação, sua resposta imune só acontece por volta de 18-22° semana, quando a sífilis clínica pode ser vista, com inflamação placentária e redução do fluxo sanguíneo para o conceito com restrição do seu crescimento podendo evoluir para óbito fetal. Os tratamentos inadequados resultará em aborto no 2° trimestre ou óbito fetal em 25% dos casos, 11% em óbito fetal em termo, 13% parto prematuro ou baixo peso ao nascer e 20% em RNs com sinais de sífilis congênita (BRASIL, 2017c).

### **4.2 – Assistência à criança com sífilis congênita**

As manifestações são abortamentos, óbitos fetais, morte perinatal com quadro septicêmico ou assintomáticos em 50% dos casos, que poderão apresentar alterações tardias geralmente durante os três primeiros meses de vida. Atualmente predominam óligo ou assintomáticos.

#### **4.2.1 – Sífilis congênita precoce**

A sífilis é denominada congênita precoce quando sintomático após o nascimento ou nos dois primeiros as de vida. Nos casos em que a mãe não foi adequadamente tratada, são comuns o baixo peso ao nascer (<2.500g), prematuridade entre 30-36 semanas, retardo de crescimento intrauterino e déficit no crescimento pondero-estrutural pós natal. Pode ocasionar icterícia, anemia, trombocitopenia, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal,

hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia, pênfigo palmoplantar, exantema maculo-papular, condiloma plano, fissura orificial, alterações respiratórias, pseudoparalisia dos membros, coriorretinite, glaucoma e uveíte (BRASIL, 2014).

A osteocondrite, periostite e osteomielite costumam ser bilaterais e simétricas, acometendo ossos longos, costelas e ossos cranianos. Causam choro ao manuseio e pseudoparalisia de Parrot (recusa à movimentação do membro acometido). (BRASIL, 2014)

O acometimento do sistema nervoso central é assintomático em 60% dos casos e quando sintomático trata-se de meningite aguda até o sexto mês de vida e raramente no fim do primeiro ano de vida (BRASIL, 2014).

#### **4.2.2 – Sífilis congênita tardia**

A sintomatologia tardia, a partir do segundo ano de vida é resultante de um processo inflamatório crônico. Os principais achados são: fonte olímpica, nariz “em sela”, palato em ogiva, tibia em sabre e defeitos da dentição bastante característicos – dentes de Hutchinson (BRASIL, 2014).

Ocorrem ainda, reações por hipersensibilidade provocado pelo treponema: ceratite intersticial com opacificação da córnea com risco de cegueira, surdez neurológica progressiva (BRASIL, 2014).

Por fim temos as lesões cicatriciais: deficiência cognitiva, hidrocefalia, convulsões, dificuldade de aprendizado, deficiências motoras e outras. A remissão espontânea da doença é improvável, mas o tratamento adequado leva à remissão dos sintomas em poucos dias, porém as lesões tardias não serão revertidas (BRASIL, 2016a).

#### **4.2.3 – Diagnóstico**

É importante a associação dos critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais (sangue, líquido) e de imagem. Quando possível, visualização do *Treponema pallidum* por microscopia. Além destes, está indicada avaliação oftalmológica e audiológica.

A pesquisa direta consiste na análise de material coletado de lesão cutâneo-mucosa, secreção nasal, de bópsia ou necropsia, placenta ou cordão umbilical. Apresenta sensibilidade 70-80% e especificidade de até 97%. A observação deve ser imediatamente após a coleta e permitem visualizar treponemas móveis (BRASIL, 2016a).

Os testes não treponêmicos (VDRM e RPR) podem estar reativos até o sexto mês mesmo na ausência de doença ativa, explicado pela presença de anticorpos maternos

transferidos pela placenta. Por este motivo, as titulações do RN devem ser comparadas aos títulos maternos, sendo sugestivo de infecção quando houver titulação maior que a da mãe.

O sangue analisado deve ser periférico e esta amostra deve ser coletada de todo recém nascido de mãe com teste para sífilis reagente. A negatividade não exclui infecção, principalmente quando a infecção materna se dá no período próximo ao parto. Neste caso, o teste deve ser repetido após o terceiro mês de vida. (1) Um teste não reagente com suspeita epidemiológica indica continuidade da triagem com coletas com 1,3,6,12 e 18 meses de idade com interrupção do seguimento após dois resultados consecutivos negativos (BRASIL, 2017c).

Os testes treponêmicos (FTA-Abs TPHA, ELISA) são qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, úteis para confirmação do diagnóstico. Seu uso é limitado em RN pelo fato de anticorpos IgG ultrapassarem a barreira placentária. No entanto, maiores de 18 meses de vida, um teste treponêmico reagente confirma infecção que pode ter sido tratada ou não. Não deve ser realizada a busca por IgM por sua baixa sensibilidade e alto índice de falsos negativos (BRASIL, 2017c).

Em cerca de 2-4% dos recém nascidos infectados, a única alteração encontrada é a radiográfica. Na sífilis congênita sintomática é comum o acometimento ósseo, cerca de 70-90% dos casos. A metafisite é o sinal precoce mais comum com 50-90% dos casos. Caracterizada por alternância de zonas de maior ou menor densidade na metáfise, evoluindo com uma completa desorganização local. Geralmente bilateral e simétrica do rádio, ulna, tíbia, fêmur, úmero e fíbula (BRASIL, 2014).

A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) é relacionada à idade. Até 28 dias de vida, considera-se um LCR alterado se houver  $> 25$  células/mm<sup>3</sup> e/ou proteínas  $> 150$ mg/dL. Após 28 dias de vida, acima de 5 células/mm<sup>3</sup> e proteinorraquia  $> 40$ mg/dL é considerado alterado. As alterações de LCR são mais frequentes quando há outros sintomas 86%, quando comparado às crianças assintomáticas 8% (BRASIL, 2014).

Na impossibilidade de coleta do LCR, o caso deve ser conduzido e tratado com neurosífilis. É provável o acometimento neurológico em caso de alterações de celularidade e/ou bioquímica no LCR acompanhada de VDRL sérico reagente, mesmo que o VDRL no LCR não seja reagente (BRASIL, 2014).

Outro exame complementar no diagnóstico é a radiografia de tórax na busca pela “Pneumonia Alba” apresentada com mínima aeração alveolar, broncogramas aéreos, semelhante à síndrome do desconforto respiratório neonatal grave (BRASIL, 2014).

As alterações hematológicas mais frequentes são leucocitose (geralmente com linfocitose ou monocitose) e plaquetopenia. Considera-se hemograma alterado se hematócrito inferior a 35%, plaquetas abaixo de 150.000/mm<sup>3</sup> e/ou leucopenia/leucocitose de acordo com as curvas de normalidade para as horas de vida. Outro exame que pode apresentar-se alterado é a dosagem de bilirrubinas, com elevação da indireta por hemólise ou direta por hepatite neonatal (BRASIL, 2014).

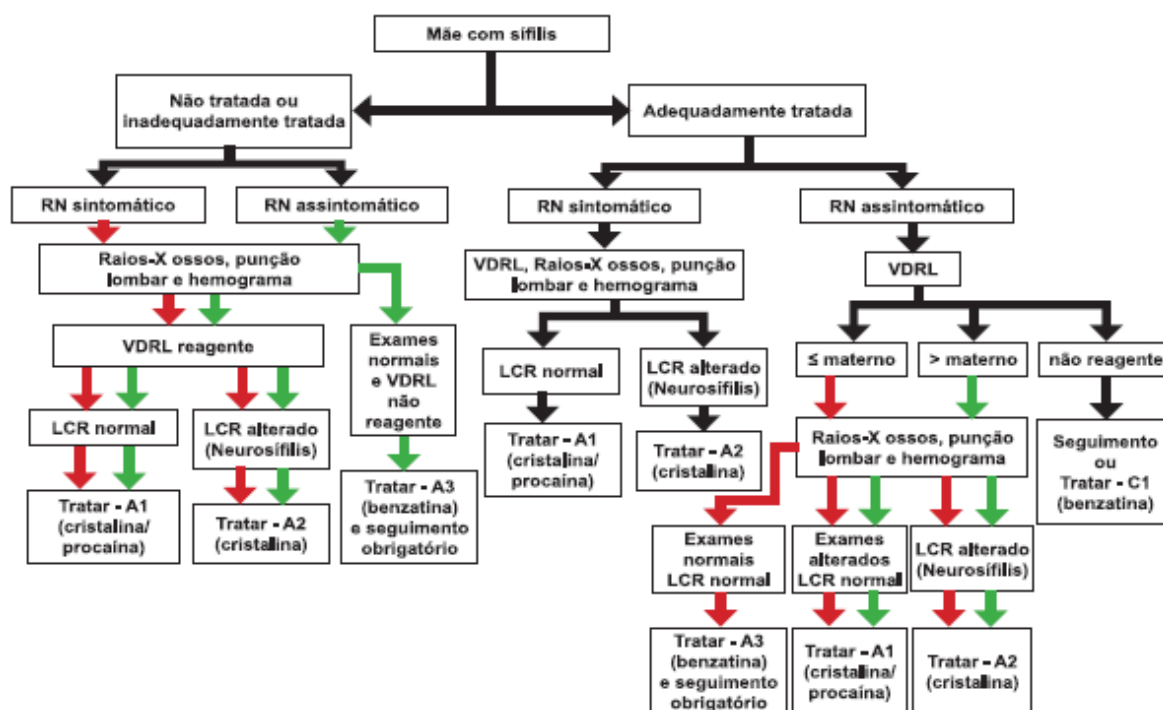
Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente é diagnosticado como sífilis congênita, bem como em menores de 13 anos com sinais clínicos e/ou laboratoriais com teste não treponêmico reagente ou testes não treponêmicos maiores do que os da mãe, duas diluições de amostra de sangue periférico, coletadas subitaneamente. Outras situações são testes não treponêmicos ascendentes em duas diluições, reagentes após seis meses de idade ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de vida sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. Por fim, na presença de evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* (BRASIL, 2017a).

#### **4.2.4 – Manejo do recém-nascido**

RN que se enquadre em caso de sífilis congênita, segue rastreio com radiografia de ossos longos, hemograma e análise de líquido. Nenhum RN deve sair da maternidade antes que seja conhecida a sorologia materna. O acompanhamento é imprescindível para todos os RNs expostos à sífilis e a mãe deve ser orientada quanto aos riscos de manifestações tardias especialmente a surdez e o déficit de aprendizagem que apesar de sutis, podem ser irreversíveis. São recomendadas as precauções de contato para todos os casos de sífilis congênita até 14 horas do início do tratamento (BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde simplificou o manejo do recém nascido exposto à sífilis materna em um fluxograma para que fosse adotado por maternidades. Este indica condutas de acordo com o tratamento materno e sintomatologia do bebê (FIGURA 1).

Figura 1 – Fluxograma de condutas no recém-nascido exposto à sífilis materna



Fonte: CRF. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Coordenadorias de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2016.

### 4.3 – Tratamento do recém-nascido com sífilis congênita

A penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações de sífilis congênita, sendo considerado um treponemicida eficaz, de baixo custo apesar da escassez de matéria prima, além de não haver relatos de resistência. Podem ser indicadas a penicilina benzatina, procaína e cristalina de acordo com o quadro clínico e achados laboratoriais. A penicilina cristalina atinge níveis líquidos mais altos e constantes que as demais, sendo considerada padrão ouro para tratamento de neurosífilis (BRASIL, 2016a).

#### 4.3.1 Recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada

A - Independentemente do resultado do teste não treponêmico (VDRL), há indicação de realizar hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (se impossibilidade de realização deste, tratar como neurosífilis) e outros exames quando clinicamente indicados.(1) Na ausência de penicilina, pode-se indicar cefotaxima 50mg/Kg/dose a cada 12 horas na



primeira semana e após, 50mg/Kg/dose a cada 8 horas por 10-14 dias. A ceftriaxona é contraindicada por sua capacidade de ligação à albumina, que se ligaria à bilirrubina diminuindo a chance de impregnação cerebral da mesma, favorecendo assim o Kernicterus (BRASIL, 2017c).

**A1** – Em caso de alterações clínicas, sorológicas, radiológicas ou hematológicas está indicado o tratamento com penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, por via intravenosa, a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e a cada 8 horas após 7 dias de vida, durante 10 dias. Outra opção é a penicilina G procaína 50.000 UI/Kg cada 24 horas por via intramuscular, durante 10 dias. Se houver perda maior que um dia de aplicação da penicilina G procaína, o tratamento deve ser reiniciado (BRASIL, 2016a).

**A2** – Em caso de alterações líquóricas ou se a coleta do LCR não foi possível, a indicação é a penicilina cristalina em dose habitual.

**A3** – Na ausência de alterações radiográficas, hematológicas, LCR e sorologia para sífilis negativa, está indicado o tratamento com penicilina bezatina 50.000 UI/Kg por via intramuscular em dose única, sendo obrigatório o acompanhamento. Na impossibilidade de acompanhamento ambulatorial, o RN deverá ser tratado conforme o esquema A1 (BRASIL, 2016a).

#### **4.3.2 – Recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada**

**B** – Recém-nascido com VDRL reagente e titulação maior que a materna apresentando ou não alterações clínicas, hematológicas, radiográficas ou líquóricas. Este se configura em um caso de sífilis congênita e a escolha do tratamento é baseada no acometimento do LCR.

**B1** – Na ausência de alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A1.

**B2** – Em caso de alteração líquórica, o tratamento deverá ser como em A2 (BRASIL, 2016a).

#### **4.3.3. C – Recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada**

**C1** – Se RN assintomático com VDRL não reagente, este poderá ser acompanhado clínico-ambulatorialmente. Na impossibilidade de garantir o seguimento, o tratamento indicado é penicilina benzatina 50.000 UI/Kg por via intramuscular em dose única.

**C2** – Se RN assintomático com titulação de VDRL reagente menor ou igual ao materno, o tratamento deverá ser indicado como em A3.

#### **4.4 – Abordagem no período pós-neonatal (mais de 28 dias de vida)**

Crianças com quadro clínico e/ou epidemiológico sugestivo de sífilis congênita devem ser investigadas. Atentando-se à sorologia e tratamento materno com análise de titulação do VDRL prévia e atual, revisando titulação da criança.

Faz-se necessária a definição do caso como sífilis congênita ou adquirida por agressão ou abuso sexual. Para confirmação diagnóstica são realizados hemograma, radiografia de tórax e análise de LCR. O tratamento indicado é a penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose por via intravenosa a cada 4 horas por 10 dias com dose máxima de 200.000-300.000 UI/Kg/dia. Na ausência de comprometimento neurológico, pode-se adotar a penicilina G procaína para o tratamento, na dose de 50.000 UI/Kg a cada 12 horas, intramuscular por 10 dias (BRASIL, 2016a).

A ceftriaxona pode ser indicada em caso de neurosífilis confirmada ou provável na dose de 100mg/Kg no primeiro dia para dose de ataque, e após, 80mg/Kg, intravenosa, uma vez ao dia por 10-14 dias. Se descartada neurosífilis, dose de 75mg/Kg intravenosa, uma vez ao dia por 10-14 dias (BRASIL, 2016a).

#### **4.5 – Acompanhamento e controle de cura de RNs com sífilis congênita ou a ela expostos**

O seguimento é mensal até o 6º mês de vida, bimestral de 6-18 meses, triando com exame clínico. O teste não treponêmico quantitativo com 1,3,6,12 e 18 meses de vida.

As coletas seriadas serão interrompidas quando dois exames consecutivos estiverem negativos. O teste treponêmico (FTA-Abs) é realizado a partir dos 18 meses de vida quando já não há mais anticorpos maternos no sangue do RN. O resultado negativo confirma a cura e encerra o caso. Se positivo, está indicado o seguimento até 5 anos de idade para vigilância de alterações tardias, principalmente visuais, auditivas e do desenvolvimento. O acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico é semestral até dois anos de idade. (BRASIL, 2016a)

Em caso de neurosífilis, o LCR deve ser analisado a cada 6 meses até normalização. É esperado que VDRL no LCR esteja negativo no 6º mês de vida e que sua análise seja normal até o segundo ano. Em caso de alterações líquóricas persistentes, está indicado o retratamento. (BRASIL, 2016a)

#### **4.6 – RN sem critérios de sífilis congênita e não tratados no período neonatal.**

O acompanhamento ambulatorial para exame clínico ocorre com 1,2,3,6,12 e 18 meses de vida, com realização do VDRL quantitativo com 1,3,6,12 e 18 meses, com interrupção das

coletas quando dois exames negativo consecutivos. O teste treponêmico é realizado aos 18 meses.

Considera-se que o RN não foi infectado pelo *Treponema pallidum* ou o tratamento realizado durante a gestação foi eficaz para prevenção da transmissão vertical quando o títulos de VDRL são decrescentes nos primeiros três meses e negativo entre 6-18 meses associado ao teste treponêmico negativo com 18 meses. (BRASIL, 2016a)

## 5 DISCUSSÃO

Este trabalho é um alerta aos profissionais de saúde para a sífilis e um estímulo à produção de novos trabalhos, bem como a notificação dos casos, que só tiveram início de forma regular na maternidade de Paracatu-MG a partir de 2017, mesmo sendo compulsória desde 1986. Faz-se necessário a implantação de ações para reduzir sua incidência que vem crescendo de forma expressiva a cada ano. Esta mobilização pode reduzir a morbimortalidade visto sua alta taxa de transmissão vertical com 70-100% em mulheres não tratadas em fases primária e secundária e de 20-40% em doenças com mais de um ano de evolução.

É de extrema importância que os profissionais que acolhem a gestante desde a primeira consulta, sejam orientados e estejam aptos à orientar, para a obtenção do objetivo de eliminação da sífilis congênita. É de extrema importância discussões de estratégias de resgate para as mães que abandonam o tratamento, para isso, o acolhimento e aconselhamento são indispensáveis.

O estímulo da prevenção de DSTs com uso regular de preservativo é o ponto de partida, com posterior triagem de sífilis para mulheres em idade fértil e seus parceiros sexuais. A realização de VDRL em mulheres com desejo de engravidar é fundamental para prevenção vertical da sífilis.

A investigação de todo RN de mãe com sorologia reagente para sífilis é obrigatória, visto que 60-70% das crianças são assintomáticas ao nascer. O acompanhamento pós natal clínico-sorológico é indispensável, lembrando que a notificação é compulsória. Não deve ser permitida a saída da maternidade sem que haja a sorologia materna colhida durante a assistência ao parto, essa ação garante a abordagem ao RN exposto à sífilis.

Como proposto pela OPAS, a meta é o alcance de incidência de 0,5 casos para 1.000 nascidos vivos. Tendo em vista que esta é uma meta considerável totalmente alcançável desde que haja uma atenção e abordagem adequadas deste agravo à saúde, os números coletados na maternidade de Paracatu-MG se tornam preocupantes.

Dentre 977 nascidos vivos em 2017, 36 RNs receberam diagnóstico de exposição à sífilis e destes, 13 com diagnóstico fechado de Sífilis neonatal de acordo com os critérios do Ministério da Saúde. Estes receberam 10 dias de tratamento com Penicilina cristalina ou Penicilina procaína. Este é um tratamento mais trabalhoso e com maior custo quando comparado à prevenção e/ou tratamento da mãe com as doses adequadas para sua fase clínica correspondente.

Destas 36 gestantes com diagnósticos de sífilis, 23 receberam tratamento adequado e considerado efetivo, com triagem do RN descartando por hora, sífilis neonatal. Neste levantamento de dados não foi possível abordar os casos de abortamentos ou óbito fetais por sífilis congênita. Foram excluídos da discussão dois casos considerados cicatriz sorológica, com exames dos RNs sem alterações.

Nesta análise onde 1,3% nos nascidos vivos de 2017 foram diagnosticados com sífilis em Paracatu identificou-se um déficit de notificação, visto que dentre 36 casos diagnosticados pela equipe, 12 casos não foram notificados. Torna-se evidente a necessidade da notificação adequada, possibilitando novos trabalhos e a criação de protocolos que possam garantir o adequado manejo das gestantes com sífilis, iniciando na Atenção Básica, passando pela equipe de ginecologia e obstetrícia, percorrendo o pré, intra e pós-parto e finalizando no seguimento adequado desses casos.

## 6 CONCLUSÃO

Estamos frente a um grande desafio, porém possível de ser concluído. A sífilis congênita apresenta grande impacto na saúde pública e vem demonstrando crescimento expressivo em sua incidência. Sendo este um agravo totalmente evitável, com baixo custo e complexidade para manejo adequado, a OMS determinou a meta de 0,5 casos para 1.000 nascidos vivos para que seja considerada eliminada tal infecção.

A melhor estratégia para eliminação da sífilis consiste na implantação de políticas públicas de prevenção e manejo adequado durante a gestação. Para isso faz-se necessária união entre as equipes de saúde, Atenção básica, ginecologia/obstetrícia e pediatria.

Uma vez diagnosticada a gestação, a paciente deve ser captada o mais precoce possível para assistência pré-natal e garantir no mínimo 6 consultas durante a gestação, com coleta de teste sífilítico na primeira consulta(1º trimestre) e a segunda por volta de 28 semanas (3º trimestre) e no momento do parto. Fazer busca ativa das gestantes faltosas, tratar e acompanhar adequadamente as gestantes diagnosticadas com sífilis e documentar resultados sorológicos e escolha do tratamento na caderneta da gestante.

A penicilina benzatina é a única medicação com estudos que comprovem a eficácia na prevenção da sífilis congênita. Sua aplicação é de fácil execução podendo ser administrado na Atenção Básica e o tratamento é de baixo custo.

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva é oferecer a toda gestante uma assistência adequada ao pré-natal, oferecendo informação, educação, comunicação, diagnóstico, tratamento e seguimento. A promoção de eventos de conscientização na Atenção Básica pode ser um aliado ao acolhimento e prevenção, além de confecção de protocolos que possam garantir o manejo adequado no diagnóstico, tratamento e seguimento da doença.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRF. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Coordenadorias de Controle de Doenças**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2016.

CIARLINI, N. S. C. **Protocolo de Sífilis Congênita da EBSEH**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2015.

SESMG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Boletim Epidemiológico Mineiro – Sífilis**. Belo Horizonte. 2017.

SVS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Ministério da Saúde Brasil. 2016.

SEI/MS. Departamento e Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa n 2 SEI/2017**. Brasília-DF, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico para a Ação**. WHO Press, Genebra, Suíça.

SP. Centro de Referência de DST/Aids. **Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita**. São Paulo, 2010.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria n 1.429 de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS –a Rede Cegonha**.

MS. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2017.

MOREIRA, Kátia et al. **Perfil dos Casos Notificados de Sífilis Congênita**. Cogitare Enferm, v. 22, n. 2. 2017, Porto velho.