

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

MAURÍLIO ANTÔNIO EVARISTO

SÍFILIS ADQUIRIDA: Diagnóstico Sorológico e Terapêutica Clínica no Pré-Natal

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS
2013

MAURÍLIO ANTÔNIO EVARISTO

SÍFILIS ADQUIRIDA: Diagnóstico Sorológico e Terapêutica Clínica no Pré-Natal

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**LAGOA SANTA- MINAS GERAIS
2013**

MAURÍLIO ANTÔNIO EVARISTO

SÍFILIS ADQUIRIDA: Diagnóstico Sorológico e Terapêutica Clínica no Pré-Natal

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 18/04/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Cristo, em primeiro lugar, pela minha salvação e por me ter encorajado a fazer minha Pós-graduação.

Agradeço aos meus colegas da Pós-graduação, pelo objetivo comum, respeito e amizade.

Agradeço a minha esposa Paula, pela energia em me compreender e participar ativamente do meu curso.

Agradeço minha orientadora Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, pelo esforço em traduzir este sonho.

Agradeço meus tutores: Warley Aguiar Simões e Maria Terezinha Gariglio pela renovação do aprendizado acadêmico.

Agradeço aos meus irmãos, especialmente Marta, Marcos e Marilda pelas confidências, ansiedades, participação e agradável convivência.

Agradeço aos meus colegas de trabalho por valorizarem a integridade e cumprimento do dever com alegria e otimismo.

Por fim, agradeço a todos vocês que participaram ou já participaram da minha vida, trilhando sempre o mesmo caminho sempre em busca do bem maior para a humanidade.

Agradeço ao meu filho Daniel, pela inspiração em prosseguir.

“Uma coisa faço, e é que, esquecendo-me das coisas que atrás ficam, e avançando para as que estão diante de mim, prossigo para o alvo” - Paulo (fp3.13.14)

RESUMO

Detectar precocemente a Sífilis na gravidez e tratá-la adequadamente contribui para melhorar os índices relacionados à morbimortalidade materno-fetal. O diagnóstico da Sífilis é baseado na avaliação clínica, na identificação do agente etiológico e nos testes sorológicos. O VDRL é um exame indispensável para a gestante, visando uma gravidez saudável e a proteção do feto. Este estudo objetivou analisar, a partir da literatura, o que se tem publicado a respeito de interpretação de exames de VDRL no pré-natal e sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas pelos profissionais do Programa de Saúde da Família. Foi feita uma revisão bibliográfica, na modalidade narrativa, com o intuito de obter mais conhecimentos sobre os estudos e as evidências existentes acerca do exame VDRL para gestantes. Pesquisou-se, portanto, nas bases de dados da LILACS e nos manuais e programas do Ministério da Saúde. O descritor utilizado foi “sífilis” associado ao qualificador “gestantes”. As leituras de todo o material mostraram desde os diversos tipos de sífilis e sua detecção. O teste VDRL, devido ao baixo custo e praticidade quanto à sua realização, vem sendo usado em larga escala na maioria dos laboratórios de unidades de atenção primária à saúde. Abordou-se, em sequência, o tratamento da sífilis e a importância da notificação compulsória. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde, em específico aos responsáveis pelo pré-natal, prover uma assistência integral e de acordo com os pressupostos definidos pelas políticas públicas de saúde.

Palavras chave: Sífilis. Gestante. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Detect and treat appropriately of syphilis in pregnancy helps to improve the indices related to maternal and fetal morbimortality. The diagnosis of syphilis is based on clinical evaluation, identification of the etiologic agent and serological tests. The VDRL is an essential test for pregnant, seeking a healthy pregnancy and a protection the fetus. This study aimed to analyze, from the literature, what have been published regarding interpretation of VDRL tests in prenatal and about therapeutic conduct to be taken by professionals from the Family Health Program. We conducted a literature review, in narrative form, in order to gain further insight into the studies and evidence available about the VDRL test for pregnant women. We searched on databases LILACS, manuals and programs of the Ministry of Health. The descriptor used was "syphilis" associated with the qualifier "pregnant women". The readings of all the material showed from the various types of syphilis and until detection. The VDRL test, due to low cost and convenience as to its realization, has been in widespread use in most laboratories, units of primary health care. It approaches in sequence, the treatment of syphilis and importance of compulsory reporting. Therefore, health professionals, in particular those responsible for pre natal, should providing comprehensive care in accordance with the conditions set by public health policies.

Keywords: Syphilis. Pregnant. Primary Health Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da Sífilis de acordo com tempo de evolução e fase ..	10
Quadro 2 - Fluxograma de detecção e tratamento da sífilis materna.....	12
Quadro 3 - Esquema terapêutico de acordo com a classificação da sífilis.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
5.1 Discorrendo sinteticamente sobre a Sífilis.....	17
5.2 O teste VDRL	19
5.3 O tratamento da Sífilis	20
5.4 Vigilância epidemiológica	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERENCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde pública mais comum. No Brasil, as doenças infecciosas na gravidez afetam especialmente populações menos favorecidas. É um desafio à saúde pública detectar precocemente e tratar essas doenças para contribuir na redução da morbimortalidade materno-fetal e consequente melhoria dos indicadores de saúde.

Neste estudo, foi dado maior enfoque à Sífilis, por tratar-se de uma doença detectada entre as mulheres gestantes por ocasião do pré-natal. Durante o atendimento de pré-natal a solicitação de exames de rotina, pode-se deparar com resultados positivos para a Sífilis nas gestantes atendidas.

A Sífilis ou Lues é uma doença infectocontagiosa sistêmica, provocada por uma bactéria espiroqueta, denominada *Treponema Pallidum*. É de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias. Sua evolução é dividida em recente e tardia. Classifica-se em Sífilis Congênita e Sífilis Adquirida (BRASIL, 2006a). Com fins ilustrativos apresenta-se no Quadro 1 com a classificação da sífilis.

QUADRO 1- Classificação da Sífilis de acordo com tempo de evolução e fase.

CLASSIFICAÇÃO DA SIFILIS		
SÍFILIS	TEMPO DE EVOLUÇÃO	FASE
Adquirida Recente	< 1 ano	Primária, secundária e latente recente.
Adquirida tardia	> 1 ano	Latente tardia e terciária
Congênita recente	Diagnóstico até 2º ano de vida	
Congênita tardia	Diagnóstico após o 2º ano de vida	

Fonte: Brasil (2006a)

Na Sífilis Congênita, há infecção fetal via hematogênica, em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Nos dias atuais, a transmissão sanguínea é rara. Quanto à Sífilis Adquirida, sua transmissão é sexual, via área genitoanal, na quase totalidade dos casos (BRASIL, 2006a).

Ocorrendo a transmissão da Sífilis Congênita, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal. No Brasil, estima-se que a prevalência da Sífilis na gestação seja de 1,6% (BRASIL, 2010).

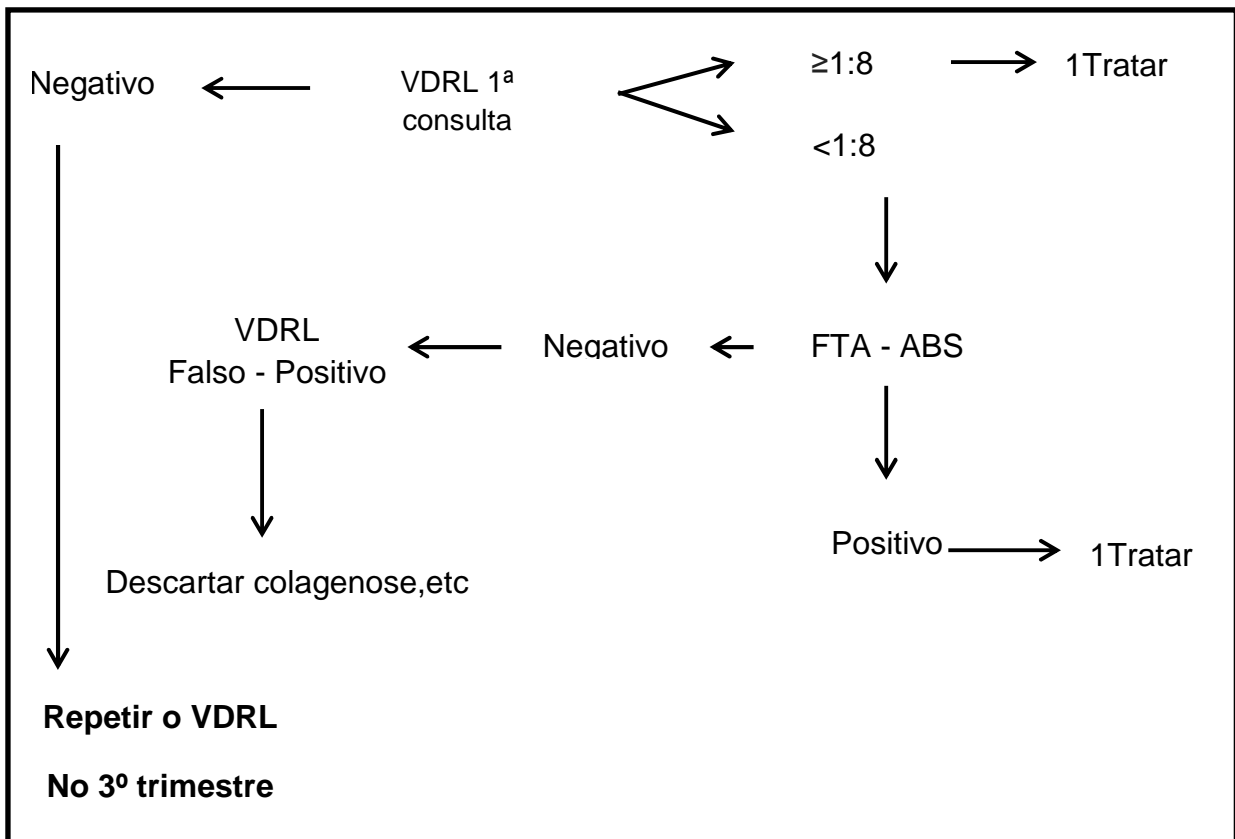
Dados revelam baixa qualidade do pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde (gestores ou diretamente envolvidos no atendimento) têm dado ao diagnóstico e tratamento da Sífilis, principalmente na gravidez. O diagnóstico é fundamentado tanto na avaliação clínica, quanto na identificação do agente etiológico e nos testes sorológicos. Dentre estes, destaca-se o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). O ideal é realizar o VDRL no 1º e no 3º trimestre da gestação. Ele é também utilizado para controle de cura da Sífilis (BRASIL, 2007).

Tem-se observado que em muitas regiões do país ainda há dificuldade de acesso aos serviços de pré-natal e aos exames laboratoriais. A Sífilis é um excelente indicador de uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade na saúde materna e neonatal (LEITÃO *et al.*, 2010).

Ressalta-se que no pré-natal, a Sífilis adquire uma grande importância pois pode ser prevenida, diagnosticada e tratada adequadamente. Na rotina de atendimento do Programa de Saúde da Família (PSF) há dificuldade na padronização dos resultados de VDRL e de condutas terapêuticas a serem tomadas. Mesmo diante de um mesmo resultado sorológico (de VDRL), observam-se interpretações e condutas diferentes.

Esse contexto aponta para a necessidade de buscar e compartilhar conhecimentos básicos mínimos de diagnóstico e tratamento da Sífilis no pré-natal; não se trata de Protocolo, mas sim uma abordagem (fluxograma) mais completa para a atenção básica, conforme pode observar no Quadro 2:

Quadro 2- Fluxograma de detecção e tratamento da sífilis materna



Fonte: Protocolos de atenção à saúde da mulher Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2009.

Esse fluxograma pode orientar tomada de decisão em prol da mulher e, em específico, em benefício do conceito.

2 JUSTIFICATIVA

Um dos objetivos de grande interesse nacional, no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, é a busca da melhoria da saúde materna e a proposição e a concretização de medidas necessárias e eficazes que impeçam mortes maternas evitáveis.

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde, com a intenção de reconhecer a mulher como sujeita e, portanto, também conhecedora dos seus direitos reprodutivos, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

No plano operacional, o PHPN deliberou elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, e a busca de concentrar esforços com vistas ao alcance do principal objetivo que é o de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Nesse contexto, impõe-se a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, o acompanhamento e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2001).

Ademais, o PHPN instituiu ainda estratégias para induzir e auxiliar a maioria dos municípios à implantar as ações de assistência à gestação e ao parto. Introduziu novos recursos para o custeio dessa assistência mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a sua qualidade. Dentre os critérios recomendados, destaca-se: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; exames laboratoriais como, ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, sendo um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação (BRASIL,2001).

Em outro documento, o Ministério da Saúde recomenda: "[...] oferecimento e garantia do teste anti HIV e VDRL no pré-natal e parto para todas as gestantes" (BRASIL, 2003, p. 39).

A atenção pré-natal é essencial tanto para a saúde da mulher como para o seu bebê. Assim, este estudo poderá ajudar os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, na rotina de pré-natal e ajudar também na prevenção da Sífilis Congênita.

Pretende-se, também, estabelecer um fluxograma para a abordagem clínico-terapêutica da Sífilis no pré-natal com intuito de facilitar a prática do médico geral ou obstetra e, como consequência, facilitar as condutas de proteção do embrião/feto.

3 OBJETIVO

Analisar, a partir da literatura, o que se tem publicado a respeito de interpretação de exames de VDRL no pré-natal e sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas pelos profissionais do Programa de Saúde da Família.

4METODOLOGIA

Neste trabalho, optou-se pela realização de uma revisão bibliográfica, na modalidade narrativa, com o intuito de obter mais conhecimentos sobre os estudos e as evidências existentes acerca do exame VDRL para gestantes.

A revisão bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), além de livros e publicações do Ministério da Saúde sobre o assunto.

O descritor utilizado foi: sífilis e o qualificador “gestantes”. Foram encontrados 15 trabalhos e apenas sete encontravam-se na íntegra, ou na língua portuguesa, critérios de inclusão para compor o material de análise.

Não foi definido período de busca, mas deu-se preferência para as publicações mais recentes.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Discorrendo sinteticamente sobre a Sífilis

No que se refere à de Sífilis em gestantes percebe-se a ocorrência de falhas dos serviços de saúde, com destaque, neste estudo, para a atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas consideradas simples e decisivas na prevenção da doença.

A sífilis congênita se insere no quadro de causa perinatal evitável, pois é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação (SARACENI *et al.*, 2005, p.1245).

O Ministério da Saúde conceitua Sífilis como uma “doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária” (BRASIL, 2010, p.376).

A Sífilis primária é distinguida das demais por apresentar uma lesão inicial denominada cancro duro. Este aparece de 10 a 90 dias (em média, 21 dias) depois da infecção, desencadeando a adenite satélite (BRASIL, 2010).

O cancro duro é caracterizado por lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, que desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas treponêmicas para Sífilis tornam-se positivas a partir da 3ª semana de infecção e as sorológicas não treponêmicas tornam-se positivas a partir da 4ª ou 5ª semana após o contágio (BRASIL, 2010, p. 376).

No que diz respeito à Sífilis secundária, ela é apontada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Após 6 a 8 semanas do aparecimento do cancro surgem suas manifestações, tais como: lesão precoce conhecida por roséola e,

depois podem aparecer as “lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos, que desaparecem em aproximadamente 6 meses” (BRASIL, 2010).

Ainda no que se relaciona às lesões secundárias, com o seu desaparecimento, a Sífilis entra em um período de latência. Dessa forma, as manifestações clínicas visíveis deixam de existir e o diagnóstico é realizado somente por meio de testes laboratoriais. A Sífilis terciária acomete pessoas que não foram tratadas adequadamente ou sequer receberam tratamento e pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar. Manifesta-se pelas formas cutânea, óssea, cardiovascular e nervosa. Destaca-se que as reações sorológicas são positivas (BRASIL, 2010).

Baseado, ainda, no Programa do Ministério da Saúde, aponta-se o quadro clínico da Sífilis Congênita. Trata-se de um quadro clínico variável, de acordo com alguns fatores:

[...] o tempo de exposição fetal ao treponema, a carga treponêmica materna, a coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Esses fatores poderão acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como Sífilis Congênita “sintomática” ou “assintomática” ao nascimento (BRASIL, 2010, p. 377).

A Sífilis Congênita é classificada em recente e tardia. Os sinais e sintomas da Sífilis Congênita recente aparecem logo após o nascimento do bebê ou nos dois primeiros anos de vida, normalmente, nas cinco primeiras semanas. A criança nasce com prematuridade e baixo peso, apresenta rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, osteocondrite, periostite, choro quando manipulada. Podem ocorrer, também, “hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropsia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia” (BRASIL, 2010, p. 377).

Destaca-se que

[...] as doenças sexualmente transmissíveis (DST), por lidarem com as questões ligadas à sexualidade, tendem a ser encobertas, tornarem-se invisíveis. No caso da sífilis, pela remissão espontânea das lesões das fases primária e secundária, seguida de longo

período de latência clínica, fica difícil a identificação de portadores (SARACENI *et al.*, p.1247).

Retornando aos sinais e sintomas da Sífilis congênita, na ocorrência de invasão maciça de treponemas e/ou quando estes são muito virulentos, a evolução do quadro é grave e a letalidade alta. Neste caso, a placenta encontra-se volumosa e apresenta lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas. Os principais sinais e sintomas da Sífilis Congênita tardia são: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental. De praxe, esses sinais e sintomas surgem a partir do 2º ano de vida (BRASIL, 2010).

5.2 O teste VDRL

O Teste VDRL é um recurso imunodiagnóstico utilizado com frequência para o diagnóstico da Sífilis, doença que se mantém ainda hoje como importante problema de saúde pública em todo o mundo.

O diagnóstico da Sífilis é baseado na avaliação clínica, na identificação do agente etiológico (pesquisa direta do *T. Pallidum* no exsudato seroso das lesões) e nos testes sorológicos. O recurso diagnóstico mais frequentemente utilizado é o teste sorológico, visto que, o paciente na maioria das vezes, quando procura o serviço de saúde, já não mais se encontra na fase inicial da doença, que se caracteriza pelo surgimento da úlcera ou cancro (SANTANA *et al.*, 2006)

As provas sorológicas constituem o único meio de identificação para a forma latente da Sífilis Adquirida, na qual não são observados quaisquer sinais ou sintomas clínicos que sugiram a presença da doença.

Santana *et al.*, (2006) mencionam que o VDRL é um teste antigênico não treponêmico ou teste lipoídico. O treponema possui uma fração lipídica, comparável à cardiolipina em sua constituição antigênica. Os testes não treponêmicos ou lipoídicos utilizam reações tendo por base a cardiolipina, na qual detectam-se anticorpos denominados reaginas.

Processos patológicos, como doenças autoimunes, determinadas infecções bacterianas e virais, algumas protozooses e situações, dentre as quais a gravidez, idade avançada e drogadicção, também podem liberar antígenos lipoídicos, os quais levam à produção de reaginas, traduzindo-se em resultados falsos positivos para Sífilis, demonstrando assim a não especificidade das reações não treponêmicas (VAZ *et al.*, 1997; COBERLLINI *et al.*, 2000).

Os testes treponêmicos utilizam antígenos de *T. Pallidum* através de reações imunológicas de elevada sensibilidade e especificidade. São testes confirmatórios, úteis para exclusão de falsos positivos à sorologia não treponêmica, porém com procedimentos mais complexos, alto custo, não disponíveis como exames de rotina e inadequados para avaliação da resposta terapêutica (SANTANA *et al.*, 2006).

Devido ao baixo custo e praticidade quanto à sua realização, a prova do VDRL vem sendo usado em larga escala na maioria os laboratórios de unidades de atenção primária à saúde.

As dosagens quantitativas do VDRL, expressas em títulos, em geral se elevam até o estágio secundário. A partir do primeiro ano da doença, os títulos tendem a diminuir, podendo a reatividade desaparecer mesmo sem tratamento. Com a infecção corretamente tratada, o VDRL tende a negativar-se entre 9-12 meses, embora a reatividade em baixos títulos ($\leq 1:8$) possa perdurar por vários anos ou até por toda a vida. Esta reatividade residual denomina-se "memória" sorológica. Desta maneira, títulos baixos podem significar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não (BELDA, 1991).

A interpretação dos resultados de VDRL (da titulação) determinará se haverá ou não indicação terapêutica (tratamento) ou se o exame deverá ou não ser repetido.

5.3 O tratamento da Sífilis

O tratamento das gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença (Quadro 4). Os parceiros também devem ser tratados, sob o risco do tratamento ser considerado inadequado, e a gestante ser reinfectada. Durante o

tratamento é necessário fazer sexo seguro, usando camisinha (HILDEBRAND *et al.*, 2010).

O Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis, no caso da atenção à gestante com sífilis, recomenda o tratamento com penicilina G Benzatina em que a dosagem total e a quantidade de aplicações dependem do estadiamento da infecção. Tal recomendação determina que na sífilis primária sejam aplicadas 2.400.000 UI/IM; na secundária, 4.800.000 UI/IM em duas doses, com intervalo semanal e na terciária, 7.200.000 UI/IM, com três doses, com intervalo semanal (BRASIL, 2007). O quadro 3 mostra esse esquema terapêutico.

QUADRO 3- Esquema terapêutico de acordo com a classificação da sífilis.

CLASSIFICAÇÃO	ESQUEMA TERAPEUTICO	
	Penicilina G Benzatina	
	Posologia	Dose total
Sífilis primária (< 1 ano)	2,4milhões UI, IM (1,2milhões em cada glúteo), uma única dose	2,4 milhões UI
Sífilis secundária e latente recente (< 1 ano)	2,4milhoes UI, IM (1,2milhões em cada glúteo), repetir 7 dias	4,8 milhões UI
Sífilis latente tardia (> 1 ano)	2,4milhões UI, IM (1,2milhões em cada glúteo), repetir 7 e 14 dias	7,2 milhões UI

Fonte: Manual técnico pré-natal e puerpério (BRASIL, 2006b)

Quando o tratamento é referente às gestantes e respectivos parceiros, o tratamento deve ser imediato com vistas a evitar a reinfecção da gestante. Nesses casos, as mesmas dosagens anteriormente referidas devem ser utilizadas. Ressalta-se que o Ministério avalia como tratamento inadequado para sífilis materna a aplicação de qualquer outra terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta, ou seja, relativa ao tempo ou dose (BRASIL, 2007).

Quanto ao tratamento do recém-nascido, é recomendado que ele seja feito com a duração de 10 a 14 dias. É de fundamental importância que o profissional se atenha, também, aos aspectos relacionados ao tratamento anterior dado à mãe, à ausência ou não de alterações clínicas, radiológicas e ou liquorícas no RN, podendo, assim, variar as dosagens e o tipo de penicilina (BRASIL, 2005).

Merece destaque a Portaria 156/2006 publicada pelo Ministério da Saúde que dispõe sobre o uso da penicilina nas unidades básicas de saúde e nas demais unidades do SUS. Nesse sentido, ficam as unidades básicas de saúde habilitadas a atender caso de reação leve à penicilina e os casos mais graves. Após medidas iniciais nessas unidades, esses casos deverão ser encaminhados aos serviços de referência estabelecidos.

5.4 Vigilância epidemiológica

Em se tratando de uma doença como a sífilis, não poderia deixar de abordar a notificação dos casos detectados.

A portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 inclui Sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória, com os objetivos de : “ controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle” (BRASIL, 2006b, p.27).

Sua operacionalização inclui o Sistema de informação - SINAN das gestantes com Sífilis; o instrumento de notificação/investigação: ficha de notificação padronizada. Essa notificação deve ocorrer em todos os serviços de pré-natal e segue o mesmo fluxo dos outros agravos de notificação compulsória nacional (BRASIL, 2006b).

Em se tratando da Sífilis congênita, a Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 tornou-a uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica. Sua investigação deve ser desencadeada nas seguintes situações: “[...] todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou

laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério” (BRASIL, 2006b, p.28).

Ressalta-se ser de suma importância fazer o controle da Sífilis congênita. Inclusive, este controle é realizado por meio de medidas de fácil execução. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p. 34), a medida de controle mais efetiva consiste em oferecer à gestante um pré-natal adequado é:

- a) captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém diagnosticada ou em seguimento);
- d) instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante;
- f) notificação dos casos de sífilis congênita.

Cabe, por conseguinte, aos profissionais de saúde, em específico aos responsáveis pelo pré-natal, prover uma assistência integral e de acordo com os pressupostos definidos pelas políticas públicas de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este estudo possibilitou-me aprofundar conhecimentos a respeito da sífilis, dos exames e do seu tratamento.

Detectam-se falhas no processo de trabalho dos serviços de saúde, principalmente, no atendimento do pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas simples e decisivas na prevenção da doença. Nesse momento questiona-se:

como o atendimento de pré-natal acontece? Avalia-se o exame clínico da mulher, com prioridade às medidas uterinas e peso da gestante? Sua história de vida é avaliada por meio de uma escuta atenta? O teste de VDRL é solicitado para toda gestante independente da anamnese? Essa gestante é atendida como uma mulher grávida, na sua totalidade?

É sabido que a sífilis congênita se insere no quadro de causa perinatal evitável, pois é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação. Reafirmamos que a realização do VDRL na 1ª consulta de pré-natal e no 3º trimestre servirá para a detecção precoce da Sífilis na gestação.

Destaca-se que o tratamento adequado da sífilis abrange não apenas a gestante, mas também o seu parceiro. Assim, tão logo receba o resultado do exame alterado em mãos, o médico deve instituir a terapêutica penicilínica prontamente, com vista a evitar a transmissão vertical da Sífilis materna. A não realização deste ato causará graves prejuízos à saúde materna e fetal.

Nós profissionais da atenção básica somos responsáveis por um atendimento de qualidade e em sintonia com os princípios do SUS, principalmente no que se refere à qualidade e humanização do atendimento.

REFERENCIAS

BELDA, W. Sífilis. In: VERONESI, R. (ed). **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 910-925.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos de Atenção à saúde da Mulher: Pré-natal e Puerpério**. Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. (Coleção DST-Aids, Série manuais, n. 57), Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília, 2005 - Coleção DST AIDS. (Séries Manuais, 62).

BRASIL. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Protocolo para a prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis**. Brasília. 2007. (Séries Manuais nº 80).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, Portaria 156/2006 que dispõe sobre o uso da penicilina nas unidades básicas de saúde e nas demais unidades do SUS, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

COBERLLINI, J. P. N *et al.* Sífilis: atualidades na abordagem terapêutica. **JBM**. v.78, n.6, p: 44-50, 2000.

HILDEBRAND, V.L. P.C. Sífilis Congênita: Fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros. 2010. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

LEITÃO, E. J. L.; CANEDO, M. C. M.; FURIATTI, M. F.; OLIVEIRA, L. R. S.; DIENER, L. S.; LOBO, M. P.; CASTRO, M. F. L. M.; BARBOSA, D. F. S.; SILVEIRA, J. B.; MACHADO, F. R. M.; MACEDO, J. L. S. Sífilis gestacional como

indicador da qualidade do pré-natal no centro de saúde nº2 Samambaia-DF. **Ciência Saúde**. v. 20, n. 4, p :307-314, 2009.

SANTANA, L. R.; PARAHYBA, M. J.P. C.; ALENCAR, M.J.; MARQUES,D. A. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **RBAC**, v.38, n.2, p: 71-73, 2006.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M. H. F. S.; THEME FILHA, M. M.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n.4, p:1244-1250, jul/ago, 2005

VAZ, A. J *et al.* Resultados de testes imunodiagnósticos da sífilis: (VDRL eFTA-ABS) obtidos em laboratório privado (São Paulo-SP, 1996). **News Lab**, v. 24, p.124-8.set/out., 1997;