

Paolo Ruggero Errante

Departamento de Imunologia, Instituto de Ciências
Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo,
Brasil.

Resenha recebida em abril de 2016 e
aprovado em junho de 2016.

SÍFILIS CONGÊNITA E SÍFILIS NA GESTAÇÃO, REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, que é transmitida por via sexual e vertical durante a gestação. Clinicamente, a sífilis é caracterizada por períodos de atividade e latência, e causa complicações graves em pacientes que não foram tratados ou que foram tratados inadequadamente. A sífilis congênita consiste em uma das graves complicações, onde a mãe não tratada ou inadequadamente tratada pode levar ao surgimento de natimortos ou abortos espontâneos, e 25% dos nascidos vivos apresentam baixo peso ou infecção ativa. As medidas de controle são voltadas para o diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento adequado da paciente e parceiro sexual, uso de preservativos e medidas de prevenção adotadas pelo governo.

Palavras-Chave: Sífilis, sífilis gestacional, *Treponema pallidum*, doença sexualmente transmissível..

CONGENITAL SYPHILIS AND SYPHILIS DURING PREGNANCY, REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by spirochete *Treponema pallidum*, transmitted through sex and vertically during pregnancy. Clinically, syphilis is characterized by periods of activity and latency, and severe complications are presents in patients not treated or inequality treated. Congenital syphilis is an of severe complications, where the mother not treated or inequality treated can be the development of death, spontaneous abort, and 25% of born life present lower weight or active infection. The control protocols are return to clinical and laboratorial diagnosis, adequate treatment of patients and sexual partner, use of condoms and prevention techniques adoptive by governmental health program.

Keywords: Syphilis, pregnancy syphilis, *Treponema pallidum*, sexually transmitted disease..

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que faz parte do gênero *Treponema*, família *Treponemataceae* (AVELLEIRA, 2006).

Sua entrada no hospedeiro humano é facilitada por pequenas abrasões na pele realizadas durante relação sexual onde a seguir atinge a via linfática, e por disseminação hematogênica é capaz de atingir diferentes partes do corpo (AVELLEIRA, 2006; BELDA *et al.*, 2009).

A sífilis é uma DST cuja evolução clínica apresenta três fases, a primária, secundária e terciária. A fase primária ocorre 21 dias após a infecção, sendo caracterizada pela presença de uma úlcera genital indolor (cancro duro ou protossifiloma), que pode persistir por 2 a 6 semanas. A lesão tem aspecto de uma pápula rosada que evolui para uma lesão com bordo endurecido, recoberto por exsudato seroso e indolor. Duas semanas após o seu surgimento, ocorre linfadenopatia regional e bilateral não supurativa. O cancro duro desaparece espontaneamente após 4 a 5 semanas, sem a formação de cicatriz (FENTON *et al.*, 2008).

A fase secundária surge entre 6 semanas a 6 meses a partir da infecção primária não tratada, onde aparecem lesões cutâneas no tronco e extremidades dos membros (principalmente na região plantar e palmar), e sintomas de cefaléia, prurido, anorexia, mialgia e febre. A fase secundária evolui no primeiro e segundo ano da doença em novos surtos que regredem espontaneamente, até que ocorra o desaparecimento completo dos surtos e surgimento de um período de latência assintomática que perdura por anos (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A fase terciária ocorre entre 1 a 10 anos após a infecção inicial, sendo caracterizada pela formação de gomas sífilíticas e ausência quase que completa do treponema nas lesões da pele, mucosas e ossos. As manifestações mais graves envolvem o sistema cardiovascular e nervoso central. A sífilis cardiovascular pode se desenvolver entre 10 a 30 anos após a infecção inicial, sendo comum a aortite (70% dos casos), aneurisma da aorta, insuficiência da válvula aórtica e estenose do óstio da coronária (KENT & ROMANELLI, 2008).

A neurosífilis corresponde a invasão e persistência do treponema nas meninges, podendo ser assintomática ou sintomática. Na neurosífilis assintomática ocorrem alterações no líquido cefalorraquidiano e ausência de sinais/sintomas neurológicos. As complicações na neurosífilis sintomática incluem meningite aguda, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, meningovascularite, paralisia geral progressiva (neurosífilis parenquimatosa), *tabes dorsalis*, demência ou sintomatologia semelhante a presença de tumores cerebrais ou medulares (SUKTHANKAR, 2010).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado pela visualização direta da bactéria em campo escuro ou por imunofluorescência direta, testes indicados na sífilis primária e sífilis congênita recente. No teste de campo escuro é realizado exame direto de material obtido da lesão utilizando-se microscópio com condensador de campo escuro para visualização direta do *T. pallidum*. Este é um teste rápido, de baixo custo e qualitativo, que possui sensibilidade de 86% e especificidade de 97% (BELDA *et al.*, 2009).

O teste de imunofluorescência direta, também conhecido como *direct fluorescent-antibody testing for T. pallidum* (DFA-TP) possui especificidade e sensibilidade superior a 90%, evitando a possibilidade de erros de confusão com treponemas saprófitas (SUKTHANKAR, 2010).

Como testes sorológicos para a sífilis, existem os testes não treponêmicos, utilizados no diagnóstico e acompanhamento pós-tratamento, como o *Veneral disease research laboratory* (VDRL), *Rapid plasma reagin* (RPR) e *Toluidine red unheated serum test* (TRUST) (ROTTA, 2005).

Os testes não treponêmicos são testes quantitativos de floculação, que relacionam o título obtido com a atividade da doença, onde são pesquisados anticorpos IgM e IgG (reagininas) contra a cardioplipina, um componente da membrana plasmática das células mamíferas liberado após dano celular, também presente no *T. pallidum* (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

O VDRL utiliza um antígeno constituído por lecitina, colesterol e cardioplipina purificada, possuindo grande sensibilidade e especificidade; pode ser positivo após a cura da doença por anos porém com queda progressiva do título. O VDRL torna-se positivo 5 a 6 semanas após a infecção, e 2 a 3 semanas após o surgimento do cancro duro. Assim, este teste pode ser negativo na sífilis primária, mas apresentar alto título na sífilis secundária, e baixos títulos na forma tardia da doença. Os testes RPR e TRUST são modificações do VDRL que visam aumentar a estabilidade da suspensão antigênica e permitir a leitura do resultado a olho nú (ROTTA, 2005).

Por não ser específico para o *T. pallidum*, pode ocorrer reação falso positiva transitória que se torna negativa em 6 meses na malária, mononucleose infecciosa e tuberculose; ou que pode permanecer positiva por mais de 6 meses na hanseníase e lúpus eritematoso sistêmico (DAMASCENO *et al.*, 2014). Casos de reação falso negativa ocor-

rem na presença excessiva de anticorpos (efeito prozona), que pode ser controlado através da diluição do soro (ROTTA, 2005).

O Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal, toda a gestante seja submetida a pelo menos dois exames VDRL, um na primeira consulta e outro na vigésima oitava semana de gestação. No caso de risco de reinfecção ou não tratamento da gestante, novo VDRL deve ser realizado no momento do parto (BRASIL, 2007).

Os testes treponêmicos são confirmatórios da infecção, pois detectam a presença de anticorpos específicos contra o *T. pallidum*, e indicam exposição ao *T. pallidum*. Eles são utilizados em situações de baixa sensibilidade dos testes não treponêmicos, como na sífilis tardia (Young, 2000). Fazem parte dos testes treponêmicos o *Fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-ABS) e *Treponema pallidum hemagglutination assay* (TPHA) (BRASIL, 2013).

No Brasil, para o diagnóstico da sífilis congênita, é utilizado como triagem o teste VDRL, e para confirmação, o teste TPHA ou FTA-ABS. Também está disponível o teste treponêmico rápido por imunocromatografia, que promove a detecção visual e qualitativa de anticorpos (IgM e IgG) contra um antígeno recombinante de 47 kDa do *T. pallidum*. Este teste pode ser utilizado ambulatoriamente, possuindo 93,7% de sensibilidade e 95,2% de especificidade (BRASIL, 2012).

O diagnóstico diferencial inclui herpes genital, cancro mole, linfogranuloma venéreo, donovanose, granuloma inguinal, carcinoma e líquen plano, para a sífilis primária. Para a sífilis secundária o diagnóstico diferencial inclui pitiríase rósea, erupção medicamentosa, psoríase, escabiose, sarampo e rubéola (DAMASCENO *et al.*, 2014).

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A sífilis possui elevada prevalência e transmissão vertical (30 a 100%), quando a gestante com sífilis não realiza o tratamento ou faz tratamento inadequado. É considerado caso de sífilis gestacional toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizado no pré-natal, momento do parto ou curetagem (O'CONNOR *et al.*, 2008).

Contribuem para a manutenção da sífilis congênita, a não realização de pré-natal, gravidez na adolescência, uso de drogas ilícitas pela mãe e parceiro sexual, existência de múltiplos parceiros, baixo nível cultural e sócio-econômico, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras DST na mãe e parceiro (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

A Resolução SS nº 41 de 24/03/2005 obriga o oferecimento do teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta pré-natal para todas as gestantes, no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, é realizado o VDRL em toda mulher admitida para parto ou curetagem após aborto (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SES-SP, 2008).

Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou parto, é coletado sangue do recém-nascido para realização de teste não treponêmico, solicitação de exame do líquido, raio-X de ossos longos e hemograma (KRAKAUER *et al.*, 2012).

Mesmo com todos estes procedimentos, calcula-se que a cada ano ocorram mais de 12 milhões de novos casos de sífilis na população adulta, sendo destes 2 milhões de mulheres grávidas. Em 25% dos casos de sífilis gestacional ocorre o surgimento de natimortos ou abortos espontâneos e 25% dos nascidos vivos apresentam baixo peso ou infecção ativa (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Desde 1996, a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil (Portaria nº 542, de 22/12/86 - Ministério da Saúde), onde foram notificados pelo Ministério da Saúde, no período de janeiro de 1998 a junho de 2014, 104.853 casos em menores de um ano de idade. A incidência da sífilis congênita passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 4,7 casos em 2014 (<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>).

SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é uma consequência da disseminação transplacentária do *T. pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada, sendo também possível a transmissão direta no canal do parto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença com probabilidade de transmissão de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10 a 30% na sífilis latente tardia (CHUFFALO *et al.*, 2006).

Na sífilis congênita, 40 % dos casos evoluem para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. Quando a sífilis se instala no terço final da gestação, existe uma maior probabilidade da criança nascer assintomática (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: precoce (até o segundo ano de vida) e tardia (após o segundo ano de vida). A maior parte dos casos de sífilis congênita precoce é assintomática (70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (erupção eritematopapulosa, pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), dentes de Hutchinson, nódulos de Parrot no crânio, nariz em sela, periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão, meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (AMARAL, 2012).

Na sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são resultantes da resolução da doença sistêmica precoce envolvendo diferentes órgãos (AVELLEIRA, 2006).

A atenção pré-natal é fundamental para a diminuição do número de casos de sífilis congênita; destacando-se a captação da gestante, acompanhamento durante a gravidez, e solicitação de exame VDRL na primeira consulta pré-natal e na vigésima oitava semana de gestação. O aconselhamento e tratamento da gestante e parceiros sexuais acometidos pela infecção é fundamental para o controle da doença (BRASIL, 2007).

Sendo uma doença de notificação compulsória (Lei nº 6.259), todos os casos detectados devem ser reportados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) (<http://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministério-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>). As fichas de notificação compulsória da sífilis congênita e sífilis na gestação encontram-se disponíveis nos sites do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (www.crt.saude.sp.gov.br) e no Centro de Vigilância Epidemiológica (www.cve.saude.sp.gov.br).

Para fins de vigilância epidemiológica, é utilizada a definição de sífilis congênita, toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratado ou recebido tratamento inadequado (KRAKAUER *et al.*, 2012).

Estão incluídos menores de 13 anos com titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses; e/ou títulos em testes não treponêmicos maiores que os da mãe. Somente em caso exclusivos de evidência sorológica, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida (COSTA *et al.*, 2010).

Também estão incluídos menores de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita; evidências de *T. pallidum* na placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto (BRASIL, 2007).

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, por meio da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) e da Coordenação Estadual de DST/AIDS, lançou em 2006 o “Plano para Eliminação da Sífilis Congênita”. Este plano foi criado devido à magnitude da sífilis congênita; taxa de soroprevalência do *T. pallidum* (1,6% entre as parturientes atendidas em serviços públicos indicada no projeto sentinela de 2004); alto percentual de aborto espontâneo ou óbito fetal; e por ser uma doença perfeitamente prevenível, com agente etiológico definido, modo de transmissão conhecido e terapêutica efetiva (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SES-SP, 2008).

Em São Paulo, esse plano conta com a participação de conselhos de secretarias municipais de saúde, sociedade civil, programas e setores da Secretaria da Saúde do Estado. Para que a sífilis congênita possa ser eliminada como um problema de saúde pública, a sífilis na gestação foi incluída na relação nacional de doenças de notificação compulsória em 2005 (Portaria nº 33 de 14/07/2005 - Ministério da Saúde).

TRATAMENTO

O fármaco de escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina. O tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida em conformidade com a fase da doença. Na sífilis primária utiliza-se penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação). Na sífilis secundária ou latente precoce (com menos de um ano de evolução), utiliza-se penicilina benzatina 4.800.000 UI via intramuscular dose total, duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose, 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Na sífilis terciária ou latente tardia, utiliza-se penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose, 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação) (BRASIL, 2015). O controle da cura é mensal, sendo realizado VDRL para verificação do declínio do título. O tratamento da gestante é considerado adequado quando completado conforme o estágio da doença, finalizado em até 30 dias antes do parto, com parceiro tratado simultaneamente (BRASIL, 2007).

Nas gestantes alérgicas à penicilina, confirmado por teste de sensibilidade à droga, deve ser feita dessensibilização e posterior tratamento com penicilina. Na impossibilidade, a gestante deve ser tratada com eritromicina (estearato) 500 mg, 6/6 horas por 15 dias na sífilis recente e por 30 dias na sífilis tardia, ou ceftriaxona 1.0 grama IV ou

IM, 1x/dia durante 8 a 10 dias. Nestes tratamentos, é obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento (STAMM, 2014).

Um desfecho que pode ocorrer 4 a 12 horas após o tratamento com a penicilina é a reação de Jarisch-Herxheimer, causada pela liberação de antígenos lipoproteicos do *T. pallidum* após a sua morte. Nesta reação surge sintomatologia sistêmica (calafrios, cefaléia, mialgia, artralgia, febre) e alterações laboratoriais (leucocitose, linfopenia), que desaparecem após 6 a 12 horas. Esta reação em gestantes pode levar a prematuridade e morte fetal, principalmente se o feto estiver infectado (KLEIN *et al.*, 1990).

TRATAMENTO NO PERÍODO NEONATAL

No período neonatal, o recém-nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, com alterações clínicas, sorológicas, radiológicas ou hematológicas, independente do resultado do teste VDRL, deve receber penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg/dose, EV, 12/12 h (nos primeiros sete dias de vida) e 8/8 h (após sete dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dia IM, durante 10 dias (STAMM, 2014).

Se o recém-nascido apresentar alteração liquórica, deve-se aplicar penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg/dose, EV, 12/12 hs (nos primeiros sete dias de vida) e 8/8 h (após sete dias de vida), durante 10 dias. Se o recém-nascido não apresentar alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia for negativa, é utilizada penicilina G benzatina por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/kg (BRASIL, 2015).

Em recém-nascidos de mães adequadamente tratadas é realizado o VDRL do recém-nascido; se este for reagente com titulação maior que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, deve-se realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do líquido cefalorraquidiano. Na existência de alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito como recém-nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada. Se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito como em recém-nascido apresentando alteração liquórica (BRASIL, 2007).

Em recém-nascido de mães adequadamente tratadas deve-se realizar o VDRL do recém-nascido; se este for assintomático e o VDRL não for reagente, deve-se realizar seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade do seguimento, deve-se tratar com penicilina G benzatina, IM, 50.000 UI/kg, dose única (BRASIL, 2012).

Se o recém-nascido for assintomático e tiver VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno, é realizado acompanhamento clínico. Na impossibilidade, o recém-nascido é tratado como se tivesse alterações liquóricas (BRASIL, 2013).

TRATAMENTO NO PERÍODO PÓS-NEONATAL (APÓS O 28º DIA DE VIDA)

Crianças com quadro clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser investigadas com exame do líquido. Confirmado o diagnóstico, deve-se realizar o tratamento com penicilina G cristalina a cada 4 h, ou penicilina G procaína a cada 12 h, com os mesmos esquemas de doses recomendadas. Após o tratamento deve ser realizado seguimento ambulatorial mensal até o sexto mês de vida e bimensal do sexto ao 12º mês (STAMM, 2014).

Deve-se realizar o VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo a realização do teste quando este apresentar dois resultados repetidamente negativos. Caso sejam observados sinais clínicos de infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos. Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, deve-se investigar novamente o paciente e proceder ao tratamento (BRASIL, 2015).

É indicado a realização de teste treponêmico (TPHA, FTA-ABS ou ELISA) para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso. Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos. Nos casos de alteração liquórica, deve ser realizada novo exame a cada 6 meses até a normalização do mesmo. No caso de crianças tratadas com dose e/ou tempo de tratamento inadequado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar seu tratamento, segundo esquema protocolo padrão (BRASIL, 2007).

PREVENÇÃO E AÇÕES PREVENTIVAS GOVERNAMENTAIS

É fundamental o reforço da orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual, para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) evitem relações sexuais ou mantenham práticas para o sexo seguro, com o uso de preservativo, durante o tratamento (AMARAL, 2012).

É recomendado o uso regular do preservativo (masculino ou feminino) também no período pós-tratamento. O tratamento imediato deve ser iniciado dos casos diagnosticados, tanto das gestantes quanto de seus parceiros (CAMPOS *et al.*, 2012).

Os tratamentos interrompidos devem ser reiniciados. Pacientes com sífilis latente tardia são assintomáticos, mas apresentam sorologia positiva nos testes treponêmicos e não treponêmicos, devendo ser tratados (DOMINGUES *et al.*, 2013).

A eliminação da sífilis congênita é uma prioridade global, regional, nacional e está citada em diferentes documentos como “Eliminação mundial da sífilis congênita; fundamento lógico e estratégia de ação” (OMS-2008); “Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita” (Opas-2010); e “Rede cegonha” (MS-2011). Em 2014, a Opas criou o comitê regional de validação da eliminação da transmissão materno-infantil de HIV e sífilis, com expectativa de taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos para 1.000 nascidos vivos, cobertura para teste de sífilis e tratamento em gestantes com sífilis acima de 95% (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

A rede cegonha do MS visa assegurar a mulher e a criança o direito a atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, pós-parto e atenção infantil em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de eliminar a sífilis congênita e óbitos materno-infantis evitáveis (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).

Em São Paulo, o Programa Estadual de DST/AIDS, em acordo com as diretrizes do Programa Nacional de DST/AIDS elaborou três Notas Técnicas: 1) Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis (Nota Técnica CCD - 001/2007 – Nº185 – DOE de 29/9/07); 2) Padronização da Abordagem Clínica e Laboratorial da Sífilis Adquirida e da Sífilis Congênita (Nota Técnica CCD - 004/2007 – Nº 238 – DOE de 19/12/07); 3) Uso da penicilina benzatina na rede de Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo, com ênfase na Atenção Básica à Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SES-SP, 2008).

A solicitação de testes de sensibilidade à penicilina deve ser realizada na rede de atenção básica à saúde, atendendo as recomendações das Portarias Nº 156/GM de 19 de Janeiro de 2006 (www.aids.gov.br/legislacao/2006/52649) e Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo n.05, de 08 de Maio de 2000 (ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/_E_Desp-Coord-CCD_300909.pdf).

A partir desta revisão foi concluído que a sífilis é uma doença perfeitamente prevenível, com agente etiológico definido, modo de transmissão conhecida e terapêutica efetiva. Quando não diagnosticada ou corretamente tratada pode levar a graves complicações como a síndrome da sífilis congênita. O grande desafio para a saúde pública é aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, ampliar o diagnóstico laboratorial do *T. pallidum* e o tratamento durante o pré-natal e pós-parto.

REFERÊNCIAS

- AMARAL E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* n.34, v.2, p.52-55, 2012.
- AVELLEIRA JCR, BOTTINO G. Sífilis; diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* n.81, v.2, p.111-126, 2006.
- BELDA JR W, SHIRATSU R, PINTO V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. *An Bras Dermatol.* n.84, v.2, p.151-159, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-sífilis, 2012. Brasília: Ministério da Saúde: 2012. <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2012>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de informações estratégicas-CIE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-Aids e DST, 2013. Brasília: 2013. <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-20123>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação no150, Janeiro de 2015. Penicilina benzatina para a prevenção da sífilis congênita durante a gravidez. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/_p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secret_a_38035.pdf.

- CAMPOS AL, ARAÚJO MA, MELO SP, et al., Syphilis in parturients: aspects related to the sex partner. *Rev Bras Ginecol Obstet.* n.34, v.9, p.397-402, 2012.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015>.
- CHUFALO JE, MACIEL ACG, ESPÍNDOLA LN. Sífilis congênita. *Femina.* n.34, v.10, p.701-710, 2006.
- COSTA MC, DEMARCH EB, AZULAY DR, et al., Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol.* n.85, v.6, p.767-85, 2010.
- DAMASCENO ABA, MONTEIRO DLM, RODRIGUES LB, et al., Syphilis in pregnancy. *Rev HUPE, RJ.* n.13, v.3, p.88-94, 2014.
- DOMINGUES RMSM, SARACENI V, HARTZ ZMA, et al., Sífilis congênita: evento sentinela de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública.* n.47, v.1, p.147-157, 2013.
- FENTON KA, BREBAN R, VARDAVAS R, et al., Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis.* n.8, v.4, p.244-253, 2008.
- KRAKAUER Y, PARIENTE G, SERGIENKO R, et al., Perinatal outcome in cases of latent syphilis during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* n.118, v.1, p.15-17, 2012.
- KLEIN VR, COX SM, MITCHELL MD, et al., The Jarisch-Herxheimer reaction complicating syphilotherapy in pregnancy. *Obstet Gynecol.* n.75, v.3, p.375-380, 1990.
- KENT ME, ROMANELLI F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Ann Pharmacother.* n.42, v.2, p.226-236, 2008.
- NASCIMENTO MI, CUNHA AA, GUIMARÃES EV, et al., Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* n.34, v.2, p.56-62, 2012.
- O'CONNOR M, KLEINMAN S, GOFF M. Syphilis in pregnancy. *J Midwifery & Women's Health.* n.53, v.3, p.e17-e21, 2008.
- OLIVEIRA EVL, FILHO JAR, MONTEIRO AA, et al., Sífilis secundária com acometimento pulmonar. *An Bras Dermatol.* n.82, v.2, p.163-167, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Plano de Desenvolvimento Institucional da OPAS/OMS no Brasil 2010-2011/Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- ROTTA O. Diagnóstico sorológico da sífilis. *An Bras Dermatol.* n.80, v.3, p.299-302, 2005.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saude Publica.* n.42, p.768-772, 2008.
- STAMM LV. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect.* n.31, p.1-8, 2014.
- SUKTHANKAR A. Syphilis. *Medicine.* n.38, v.5, p.263-266, 2010.
- YOUNG, H. Guidelines for serological testing for syphilis. *Sex Transm Infect.* n.76, p. 403-405 2000.