

Sífilis e Gestação: até Quando?

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs a eliminação da sífilis congênita (SC) até o ano 2000^(1,2). Entretanto, as metas governamentais não foram atingidas e as taxas de SC ainda permanecem elevadas. Em amostra de parturientes brasileiras de 15 a 49 anos, observou-se taxa de prevalência de 1,6% para sífilis, com estimativa de 50.000 parturientes com sífilis ativa e 12.000 nascidos vivos com sífilis congênita (considerando a taxa de transmissão vertical de 25%). Essa prevalência variou de 1,9%, na região Nordeste, a 1,3%, na região Centro-Oeste⁽³⁾.

Em 2007, realizou-se estudo das 32.512 primeiras gestantes submetidas à triagem pré-natal pelo Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul (PPG-MS), que cobre os 78 municípios e atinge 95% das gestantes^(4,7). A idade das gestantes variou de 15 a 38 anos, com média de $24,5 \pm 5,7$ anos, sendo 80,3% provenientes do interior do estado⁽⁴⁾. Entretanto, a maior cobertura populacional em termos diagnósticos não é suficiente para a redução das taxas de sífilis congênita⁽⁸⁾.

A qualidade da assistência pré-natal foi ineficiente em 512 puérperas analisadas em outro estudo focando a sífilis gestacional. A prevalência de SC neste estudo foi de 2,3%. Menos da metade das gestantes foram tratadas antes do parto, apenas um terço foi adequadamente tratado para a prevenção de SC, mais de 50% dos parceiros não foram tratados e mais da metade das pacientes não receberam orientações ou solicitação de rastreamento dos filhos anteriores⁽⁸⁾.

A situação epidemiológica da sífilis no Brasil em 2012 continua alarmante. A taxa de detecção no País foi de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos, com taxas mais elevadas em Mato Grosso do Sul (13,7) e Rio de Janeiro (10,8)⁽⁹⁾. Com relação à sífilis congênita, observa-se no Brasil taxa de 3,3 por 1.000 nascidos vivos, sendo as maiores proporções em crianças cujas mães têm 20 a 29 anos de idade (52,7%), escolaridade entre a 5ª e 8ª série incompleta (25,8%), e que realizaram pré-natal (74,5%). Dentre as gestantes que fizeram pré-natal, quase 90% foram diagnosticadas durante a gravidez e apenas 11,5% de seus parceiros foram tratados⁽⁹⁾.

Na capital brasileira os dados também demonstram um panorama semelhante. O coeficiente de detecção ficou em 2,7 casos por 1.000 nascidos vivos em 2011. A taxa de sífilis congênita no Distrito Federal ficou em 2,7 casos por 1.000 nascidos vivos⁽¹⁰⁾.

Este número do Jornal Brasileiro de DST traz três artigos interessantes sobre as várias faces da sífilis em pacientes não gestantes⁽¹¹⁻¹³⁾. O ponto comum destes relatos é que não se pensou em sífilis para o diagnóstico inicial em nenhum dos pacientes, traduzindo um “esquecimento” da doença na abordagem semiológica-propedêutica dos pacientes. Se a situação em pacientes fora do ciclo gravídico torna o diagnóstico difícil, quando se abordam gestantes, a situação pode agravar a taxa de transmissão materno-fetal.

Em outro estudo de nosso grupo em Mato Grosso do Sul, comparando a infecção por sífilis em gestantes nos anos de 2006 e

2011, dentre as gestantes com diagnóstico positivo para sífilis no ano de 2006, 75% relataram o acompanhamento pré-natal prévio e, no ano de 2011, 100% afirmaram que o fizeram. Em relação ao diagnóstico de sífilis materna no primeiro período (2006), 58% dos casos ocorreram após o parto; no segundo período (2011), 66,7% antes do parto. Quanto ao tratamento, no primeiro período (2006), 67% das gestantes não o realizaram de forma adequada; no segundo período (2011), 66,7% o fizeram, buscando, assim, a prevenção da transmissão vertical do *Treponema pallidum*⁽¹⁴⁾.

Frente a esses resultados, algumas considerações são necessárias na abordagem da sífilis em gestantes no Brasil:

- diferentemente dos outros estados do País, Mato Grosso do Sul rastreia a sífilis nas gestantes com teste treponêmico específico (Sífilis ELISA) com papel-filtro, pelo PPG-MS, e não com VDRL, preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁻⁷⁾;
- a orientação de tratamento de sífilis primária, secundária e terciária em gestantes deve ser reavaliada, pois, em mulheres, a observação da lesão sífilítica primária é extremamente difícil. A divisão da doença em fases é apenas didática⁽¹¹⁾ e sífilis secundária pode simular quadros de atopia, alergia, reação urticariforme e muitas vezes não é diagnosticada, conforme relatado neste fascículo do JBDST⁽¹¹⁻¹³⁾. Sífilis terciária em gestantes é evento raro⁽¹⁵⁾.

Deste modo, para reduzir as taxas de sífilis congênita no Brasil deve-se, urgentemente, rever os protocolos de assistência às gestantes, com individualização para a realidade de cada local. Considerando os locais nos quais o rastreamento se faz com teste treponêmico específico, toda gestante com resultado positivo deve ser encarada com **potencial risco de transmissibilidade fetal**, mesmo com títulos de VDRL abaixo de 1/8.

Ressalta-se que, mesmo não tratada, 1 ano após o contágio e aparecimento do cancro, os títulos de VDRL decrescem. Também existe a possibilidade de tratamento da sífilis ao acaso, na situação do uso de penicilina benzatina por outras indicações. Lembrar que 90% dos *T. pallidum* são sensíveis a 1.200.000 UI de P. benzatina⁽¹⁵⁾.

Ademais, a melhor classificação para o tratamento em grávidas seria a de **sífilis recente** (até 1 ano após o cancro) e **tardia** (1 um ano após o cancro), desfocando da classificação clínica em primária, secundária e terciária.

Finalizando, a estratégia a ser sugerida para a erradicação da sífilis congênita seria a do tratamento **de todos os casos positivos com Sífilis-ELISA reagente** e com **quaisquer títulos reagentes de VDRL** e o **tratamento dos parceiros sem a necessidade de solicitação de VDRL** ou **testes treponêmicos específicos**. Não seriam tratadas aquelas gestantes que, mesmo com teste treponêmico específico reagente (Sífilis-ELISA) na gestação atual, cumprissem **todos** os critérios abaixo:

- comprovar tratamento anterior com dose adequada de P. benzatina para sífilis tardia (considerando que não se pôde estimar

a data do contágio inicial), de 7.200.000 UI na gestante e no parceiro;

- assegurar que não houve relacionamento extraconjugal pela gestante ou por seu parceiro;
- assegurar que o parceiro atual é o mesmo do momento em que foi tratada pela primeira vez.

Apenas cumprindo todos estes critérios é que se tem a segurança de não realizar o tratamento em gestantes com teste treponêmico específico reagente.

As propostas aqui apresentadas podem parecer radicais, todavia, caso não se encare a sífilis congênita nestes princípios, sua eliminação continuará sendo meta a ser eternamente alcançada pelos gestores de saúde pública, ao longo dos séculos que virão!

ERNESTO ANTONIO FIGUEIRÓ-FILHO

Professor Adjunto (Doutor)

Ginecologia e Obstetrícia – Medicina Fetal

Faculdade de Medicina (FAMED)

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

E-mail: eafigueiro@uol.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST. 2005;II(1):26-31.
2. Vasconcellos M. Sífilis congênita: a solução está em não ter vaidades. *Femina*. 2000;28:101-2.
3. Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38:764-772.
4. Figueiró-Filho EA, Senefonte FRA, Lopes AHA, Morais OO, Souza Júnior VG, Maia TL et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2007;40(2):181-7.
5. Figueiró-Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza Júnior VG, Botelho CA, Duarte G. Infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas e transmissão vertical em gestantes de estado da região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(12):719-25.
6. Figueiró-Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza Júnior VG, Botelho CA, Figueiredo MS et al. Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(8):442-9.
7. Botelho CAO, Tomaz CAB, Cunha RV, Botelho MAO, Botelho LO, Assis DM et al. Prevalência dos agravos triados no programa de proteção a gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. *Rev Patol Trop*. 2008;37:341-353.
8. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LAA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande-MS. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):139-143.
9. BRASIL. Boletim Epidemiológico – Sífilis. 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
10. Boletim Epidemiológico da Sífilis no Distrito Federal. 2012.
11. Bernardes-Filho F, Santos MVPQ, Cariello LBA, Ferrari VVB, Serra AC, Alves AO et al. Sífilis em apresentação com fases sobrepostas: como conduzir? *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(2):104-107.
12. Gardioli DDS, Gouvea TVD, Nascimento AVS, Faria PFM, Silva IA, Silva JCS et al. Sífilis recente com fase papulomatosa: quadro clínico típico, diagnóstico incorreto. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(2):113-116.
13. Moleri AB, Lobo CB, Santos FR, Silva EJ, Moreira LC. Diagnóstico diferencial das manifestações da sífilis e da Aids com líquen plano na boca: relato de caso. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(2):108-112.
14. Figueiró-Filho EA, Freire SSA, Souza BA, Agueña GS, Maedo CM. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):30-35.
15. Duarte G, ed. *Diagnóstico e Conduta nas Infecções Ginecológicas e Obstétricas*. Ribeirão Preto: Funpec Editora; 2003.