

7. Tratamento da sífilis em gestantes e parceiros

O tratamento de escolha da sífilis é a penicilina, conforme quadro abaixo:

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série - Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries - Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries - Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

1 Série – aplicar 01 ampola de penicilina G benzatina de 1.200.000 UI em cada glúteo em dose única

2 Séries – aplicar 01 ampola de penicilina G benzatina de 1.200.000 UI em cada glúteo e repetir a dose uma semana depois

3 Séries – aplicar 01 ampola de penicilina G benzatina de 1.200.000 UI em cada glúteo e repetir mais duas vezes com intervalo de uma semana

A elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento. Deve-se verificar se o tratamento do parceiro foi realizado.



8. Tratamento da sífilis congênita

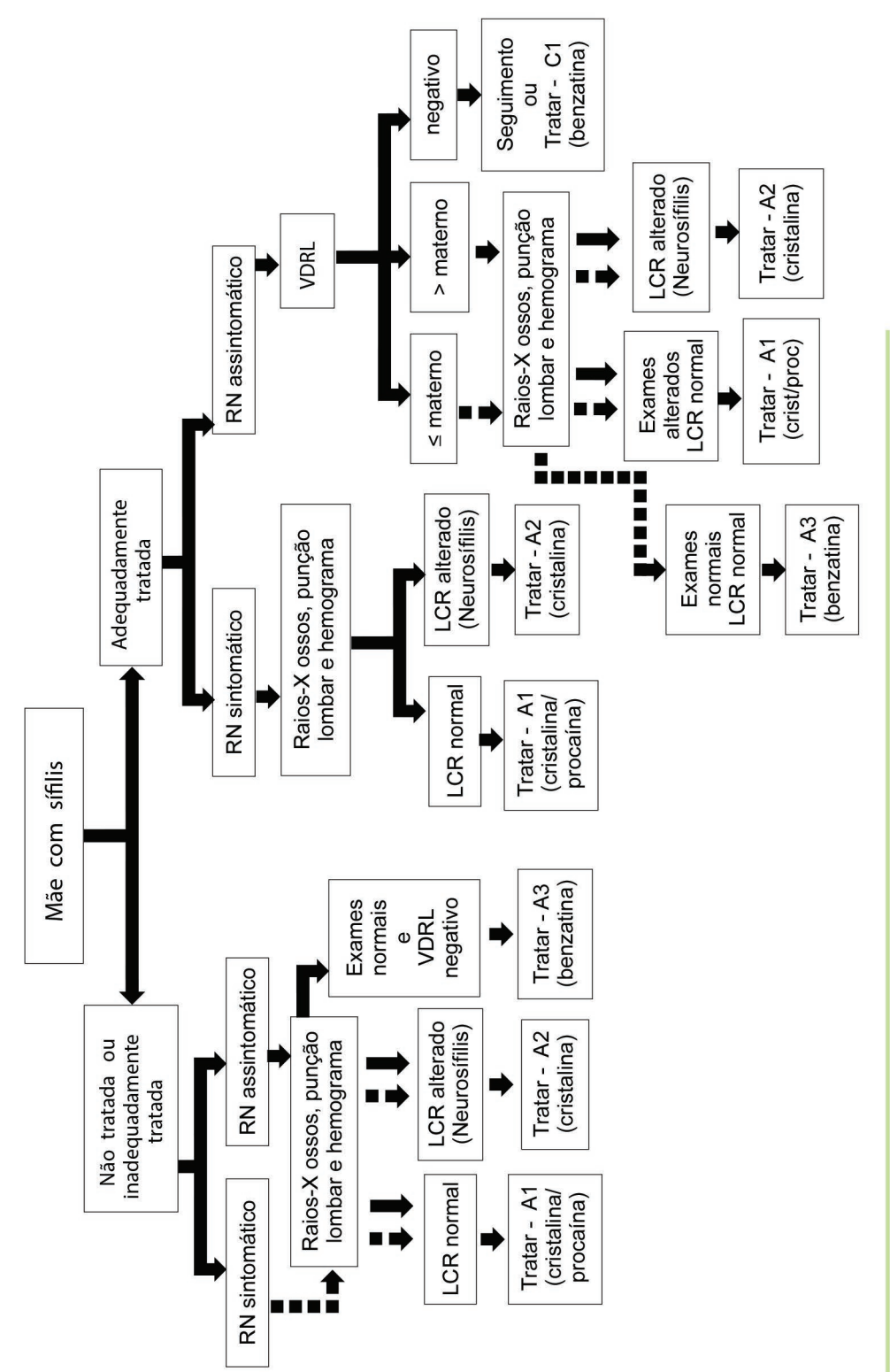
O tratamento de escolha da sífilis é a penicilina, conforme quadro abaixo:

Situação (algoritmo)	Tratamento	Duração do tratamento
A1	Penicilina G <u>crystalina</u> 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros sete dias de vida) e a cada 8 horas (após sete dias de vida) Ou penicilina G <u>procaína</u> 50.000 UI/kg dose única diária	10 dias
A2	Penicilina G <u>crystalina</u> 50.000 UI/kg/dose, IV, de 12/12hs (nos primeiros sete dias de vida/ou de 8/8hs (após sete dias de vida)	10 dias
A3	Penicilina G <u>benzatina</u> , IM, dose única de 50.000 UI/kg. Sendo impossível garantir o acompanhamento no ESF, o RN deverá ser tratado com o esquema A1.	Dose única
C1	Seguimento clínico e laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, tratar com: penicilina G <u>benzatina</u> , IM, dose única de 50.000 UI/Kg	Dose única

Algoritmo para condutas frente à gestante com sífilis e sífilis congênita



Algoritmo para condutas frente à gestante com sífilis e sífilis congênita



Chama-se atenção dos gestores para a efetividade das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis e sífilis congênita, pois são medidas de baixo custo, fácil realização e que não requerem estruturas complexas de atenção.



SÍFILIS CONGÊNITA
No Ceará não tem disso, não?
Nossos bebês não devem nascer com sífilis



SÍFILIS CONGÊNITA

**No Ceará não tem disso, não?
Nossos bebês não devem nascer com sífilis**

1. Sífilis congênita

A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida através da placenta em qualquer momento da gestação, adquirida da gestante com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada. A ocorrência de sífilis congênita expressa uma falha gritante da atenção pré-natal realizada na Atenção Básica (ESF), pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante e de seu parceiro são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção desta forma de doença.

2. Magnitude da sífilis congênita

No Ceará há uma tendência crescente da sífilis congênita. Em 2005 foram diagnosticados 366 casos. Em 2012 estes casos praticamente triplicaram para 936. Mais da metade destas crianças (502) tiveram seu diagnóstico somente no momento do parto ou pós-parto e não na ESF. Destacam-se os municípios de Fortaleza, com (566) casos, Caucaia (50) casos, Maracanaú (30) casos, Sobral (32) casos e Pacatuba (13) casos.

3. Gravidade da sífilis congênita

Em torno de 70% a 100% de mulheres com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente transmitem esta doença para seus bebês durante a gravidez. As mulheres são contaminadas por seus parceiros, pois a sífilis se transmite, entre adultos, através de relações sexuais.

A sífilis em gestantes pode causar aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% dos conceptos infectados. Pode também causar septicemia maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia nos bebês, lesões do sistema nervoso central (convulsões e meningite), lesões ósseas, rinite sangüinolenta, hepatoesplenomegalia e pancreatite.

Todos estes graves problemas relacionados com a sífilis podem ser evitados com medidas de proteção e prevenção realizadas num pré-natal de qualidade.

4. Vulnerabilidade da sífilis congênita às medidas de prevenção e proteção

Os bebês cearenses não deveriam nascer com sífilis, visto que a cobertura pré-natal no nosso Estado, pela ESF, é maior de que 90%. As medidas de proteção e prevenção são relativamente simples e eficazes. Quais são estas medidas:

- Toda mulher que tem a intenção de engravidar deve realizar o teste para sífilis (VDRL) e também para AIDS e Hepatite B.
- Toda mulher que está grávida deve fazer pelo menos três testes para sífilis (VDRL): na 1ª consulta ou 1º trimestre da gravidez, no início do 3º trimestre e no momento do parto ou pós-aborto.
- Toda mulher e seu parceiro devem ser tratados de imediato quando o diagnóstico de laboratório der positivo para sífilis.
- O uso sistemático de preservativo (camisinha) nas relações sexuais também é uma forma de proteção eficaz contra sífilis, AIDS e Hepatite B.
- Todo recém-nascido cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita deve fazer exame de VDRL em amostra de sangue periférico e no líquido e tratado em caso de positividade.

Observação: o sangue do cordão umbilical não deve ser utilizado para fins de diagnóstico sorológico devido à presença de sangue materno e ocorrência de atividade hemolítica e anticorpos maternos, o que pode determinar resultados falsos.

5. Rede de proteção dos bebês

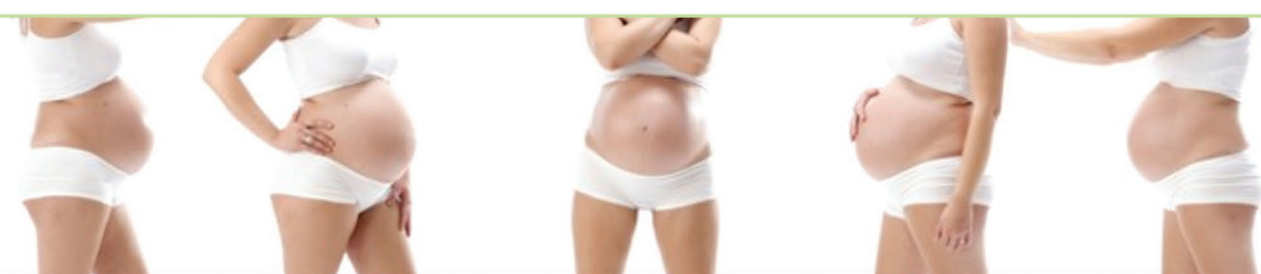
Quem é responsável pela rede de proteção dos bebês contra a sífilis congênita?

Em primeiro lugar a mulher grávida e seu parceiro que devem ter consciência do auto-cuidado para proteger seu filho, ao fazer o pré-natal e tratar-se em caso de sífilis positiva.

Em segundo lugar o Prefeito ou Prefeita da Cidade e seu Secretário ou Secretária da Saúde ao analisar todo mês quantas grávidas estão fazendo o pré-natal e inscritas no SISPré-Natal, quantas fizeram o teste para sífilis, hepatite B e AIDS, quantas estão sendo tratadas e seus parceiros, quantos bebês nasceram com sífilis congênita e porque suas mães não foram tratadas no pré-natal.

Em terceiro lugar a equipe da ESF que tem a responsabilidade maior de fazer um pré-natal de qualidade, diagnosticar e tratar toda mulher grávida e seu parceiro com teste positivo para sífilis, bem como a equipe do hospital responsável pela atenção à parturiente, ao recém-nato e às mulheres em situação de abortamento e a equipe do laboratório, responsável pelo diagnóstico laboratorial da sífilis na gestante, no parceiro, no recém-nascido e de mulheres em abortamento.

Por fim, a Vigilância em Saúde do município deve investigar todo caso de sífilis congênita em profundidade e oferecer sugestões para a tomada de decisão, com o objetivo maior de zerar os casos de sífilis congênita em seu município.



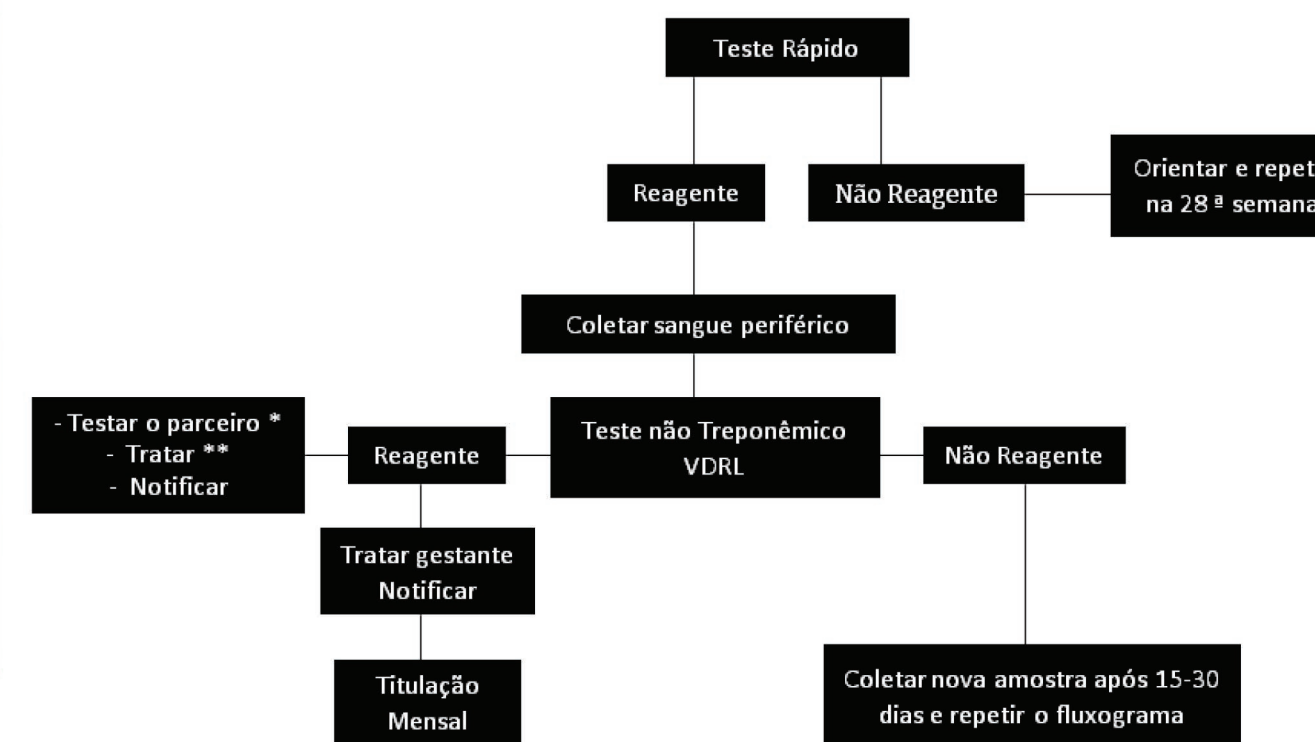
6. O diagnóstico da sífilis em gestantes é simples

O teste para sífilis no pré-natal é simples de fazer, relativamente muito barato para os municípios e fator determinante para a prevenção da sífilis congênita.

O Teste Rápido para sífilis (treponêmico) está disponível em todos os municípios, doado pelo Ministério da Saúde e precisa ser realizado em 100% das gestantes inscritas no pré-natal. Se o teste der negativo a gestante só precisa fazer um novo teste na 28ª semana de gravidez. Se o Teste Rápido der positivo, deve ser colhido imediatamente sangue da gestante para a realização do VDRL

(não treponêmico). Se o VDRL der reagente em qualquer titulação a gestante deve ser tratada, o companheiro deve fazer também o VDRL e ser tratado em caso de positividade. Quando o VDRL der não reagente, mas persiste alguma suspeita clínica, deve ser realizado um novo teste, agora pelo LACEN, com a metodologia FTA-ABS. Sendo positivo, a gestante deve ser tratada e seu parceiro investigado.

Observação: no teste VDRL precisa ser feita a diluição 1:8 para evitarmos falsos negativos.



*O parceiro deverá ter o VDRL realizado para o seguimento; ** O tratamento do parceiro deve ser concomitante ao da gestante. O não tratamento do parceiro implica em tratamento materno inadequado.

