

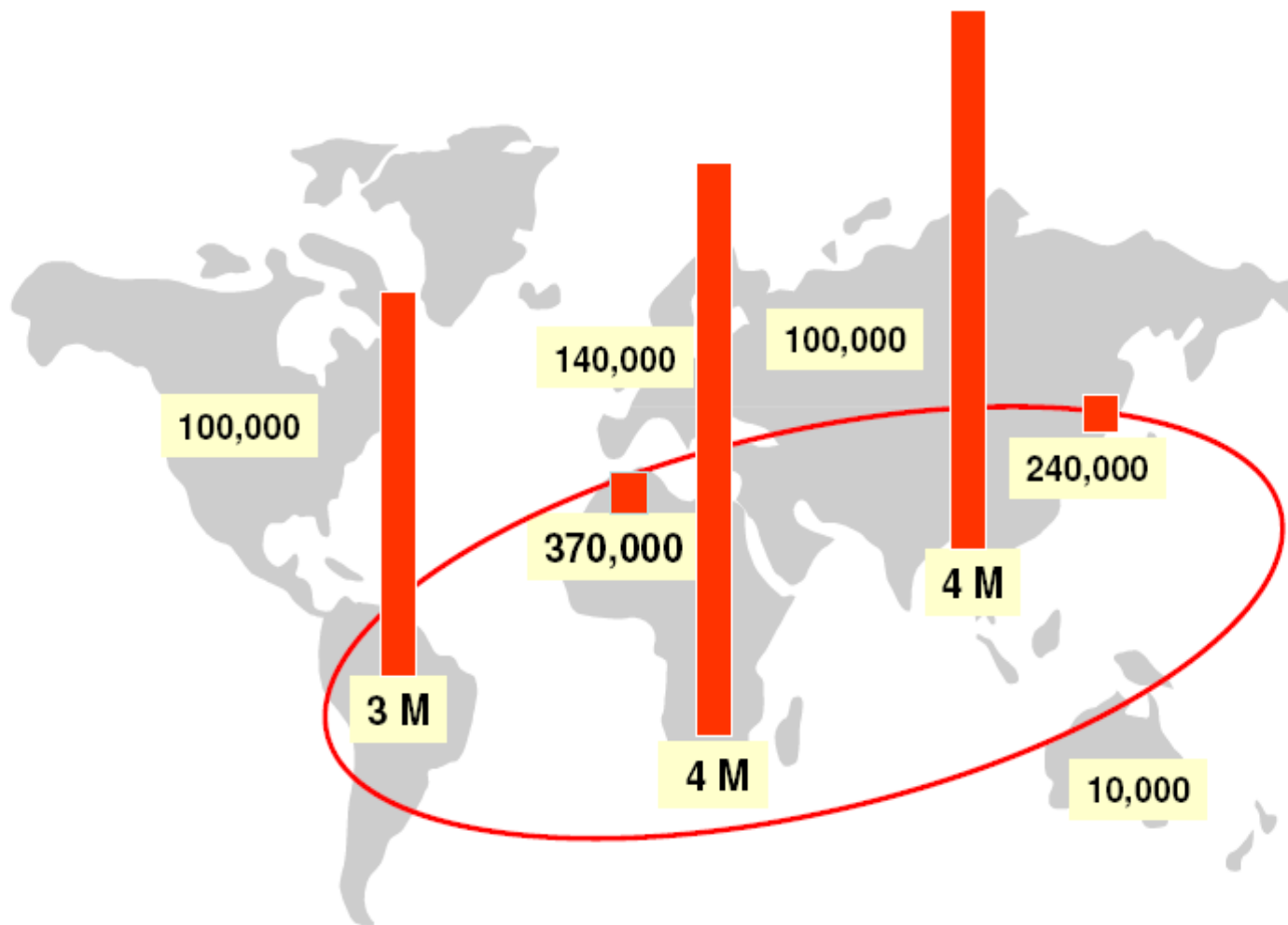


SÍFILIS
Patogenia e Controle

Luiza H.Matida

Programa Estadual de DST-AIDS-SP

OMS estima em 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo a cada ano



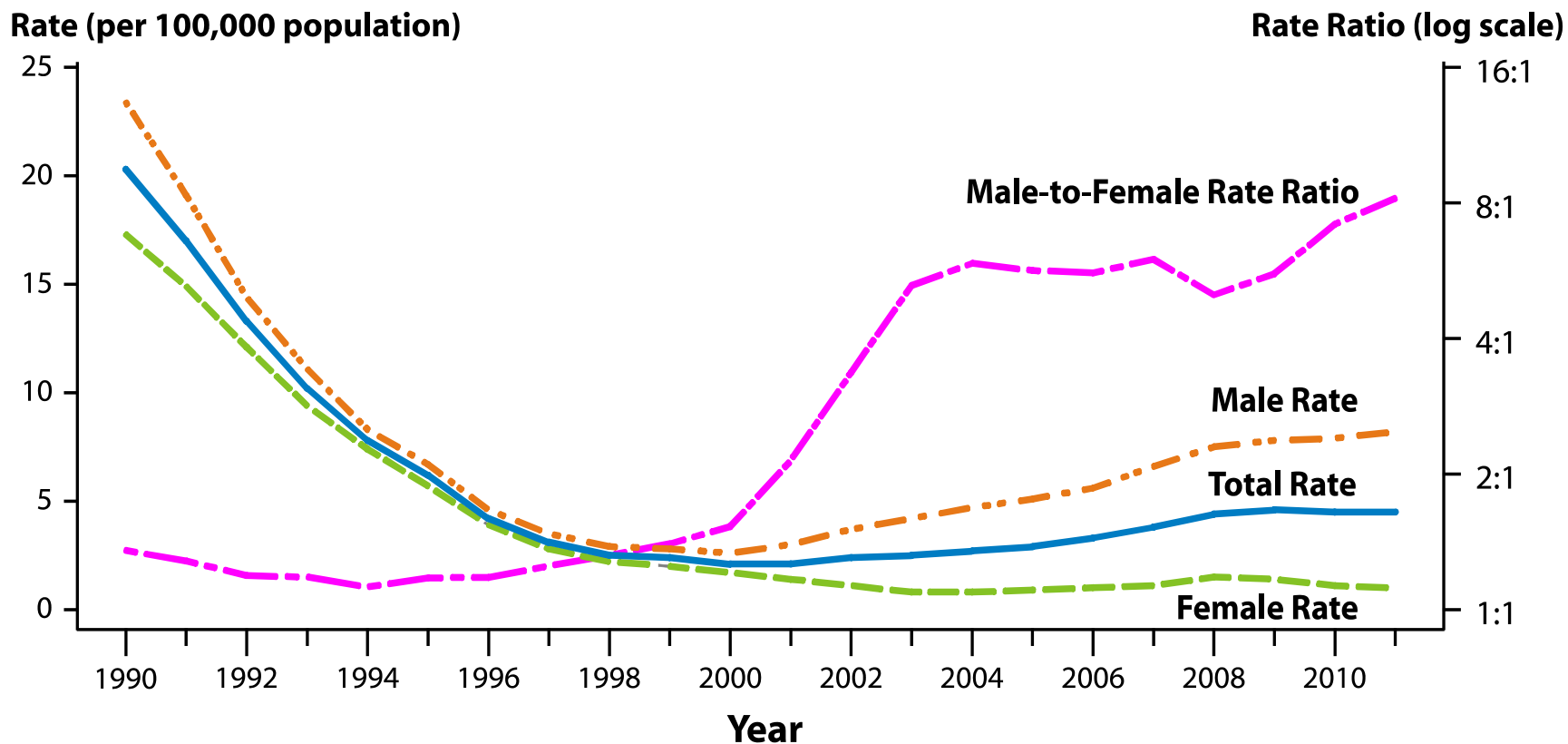


*Casos novos
estimados* de Sífilis
na América Latina e
Caribe*

Total = 3 milhões

Fonte: OPS/OMS

Primary and Secondary Syphilis—Rates by Sex and Male-to-Female Rate Ratios, United States, 1990–2011



Taxa de prevalência (%) de parturientes e nascidos vivos com sífilis segundo região. Brasil, 2004

Região	Prevalência* (%)	Parturientes** em 2002	Parturientes com sífilis	Nascidos vivos com Sífilis***
Norte	1,8	301.208	5.422	1.355
Nordeste	1,9	929.717	17.665	4.416
Sudeste	1,6	1.195.168	19.123	4.781
Sul	1,4	406.116	5.686	1.421
Centro-Oeste	1,3	227.193	2.954	738
Brasil	1,6	3.059.402	48.950	12.238

*Estudo Sentinela Parturiente, 2004. **Estimado pelos Nascidos vivos. ***Taxa estimada de transmissão de sífilis de 25%

Sífilis em jovens do sexo masculino no Brasil

A taxa de prevalência de sífilis na população de 17 a 21 anos do sexo masculino, em 2002, era de 0,87%, e o maior fator preditor de infecção pelo HIV, nessa população estudada, era ter exame positivo para sífilis.

Table 6 - Predictor factors for HIV infection. Brazilian Army conscripts, 2002

Predictors	OR	95% CI	P value	OR (adjusted)	95% CI**	P value
Positive for syphilis	10.68	2.60 - 43.84	.0011	5.72	1.32 - 24.90	.02
Men who have sex with men	1.80	2.05 - 17.97	.0010	4.06	1.29 - 12.80	.02
At least 1 problem related to STI	3.49	1.59 - 7.66	.0018	2.76	1.18 - 6.45	.02
More than 10 lifetime sexual partners	2.89	1.32 - 6.32	.0078	2.33	1.05 - 5.18	.04
Resident of Southern Brazilian	2.00	0.83 - 4.80	.12	2.77	1.10 - 6.99	.03
Incomplete high school	2.47	1.15 - 5.31	.02	2.06	0.92 - 4.60	.08

Fonte: Szwarcwald C. et al. *Temporal trends of HIV – related risk behavior among Brazilian Conscripts, 1997-2002. Clinics. 2005;60(5):367-74*

DIAGNÓSTICO

I LEVANTAMENTO SOBRE USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS

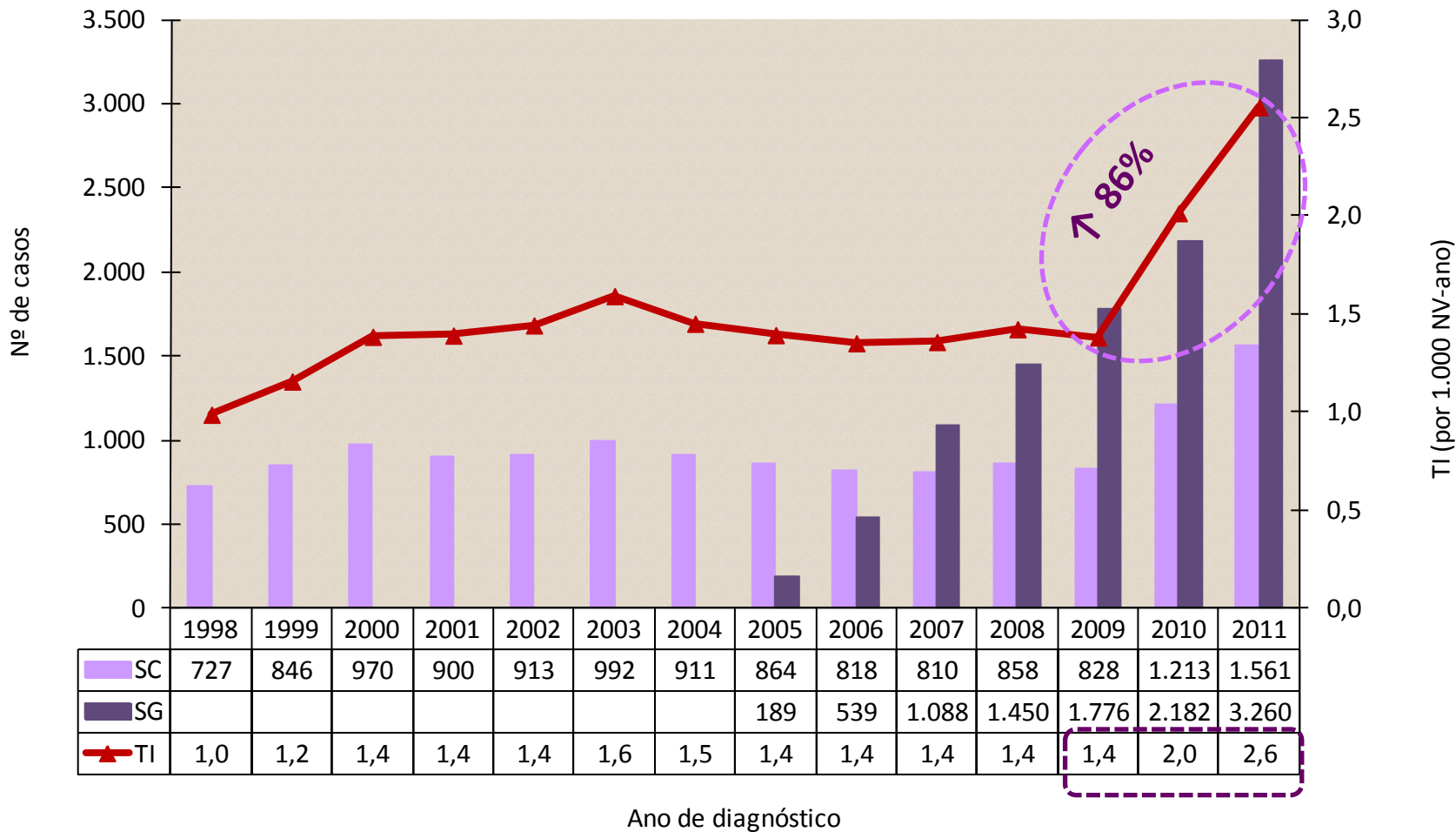


- Realizado em 2010
- Execução: USP
- 27 capitais brasileiras
- Universidades públicas e privadas
- 49% já experimentou alguma droga ilícita
- 22% tem risco de desenvolver dependência de álcool
- 80% dos menores de idade já usaram bebida alcóolica

Sífilis na Gestação

- Sífilis na gestação tem sido fortemente associada a:
 - Uso de drogas (cocaína)
 - Gravidez em adolescentes
 - Baixo nível educacional
 - Infecção pelo HIV
 - Subutilização do sistema de saúde
 - Sanchez PJ, Wendel GD: Syphilis in pregnancy. Clin Perinatol 24:71-90, 1997.
 - Correa AG: Congenital syphilis: Evaluation, diagnosis, and treatment. Semin Ped Infect Dis 5:30-34, 1994.

Figura 4– Casos de sífilis congênita (SC), sífilis em gestantes (SG) e taxa de incidência (TI), por 1.000 nascidos vivos-ano, segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1998 a 2011



Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade

***Estudo Sentinela Parturiente de 2004 -
prevalência para sífilis de 1,6% –
Sudeste e ESP***

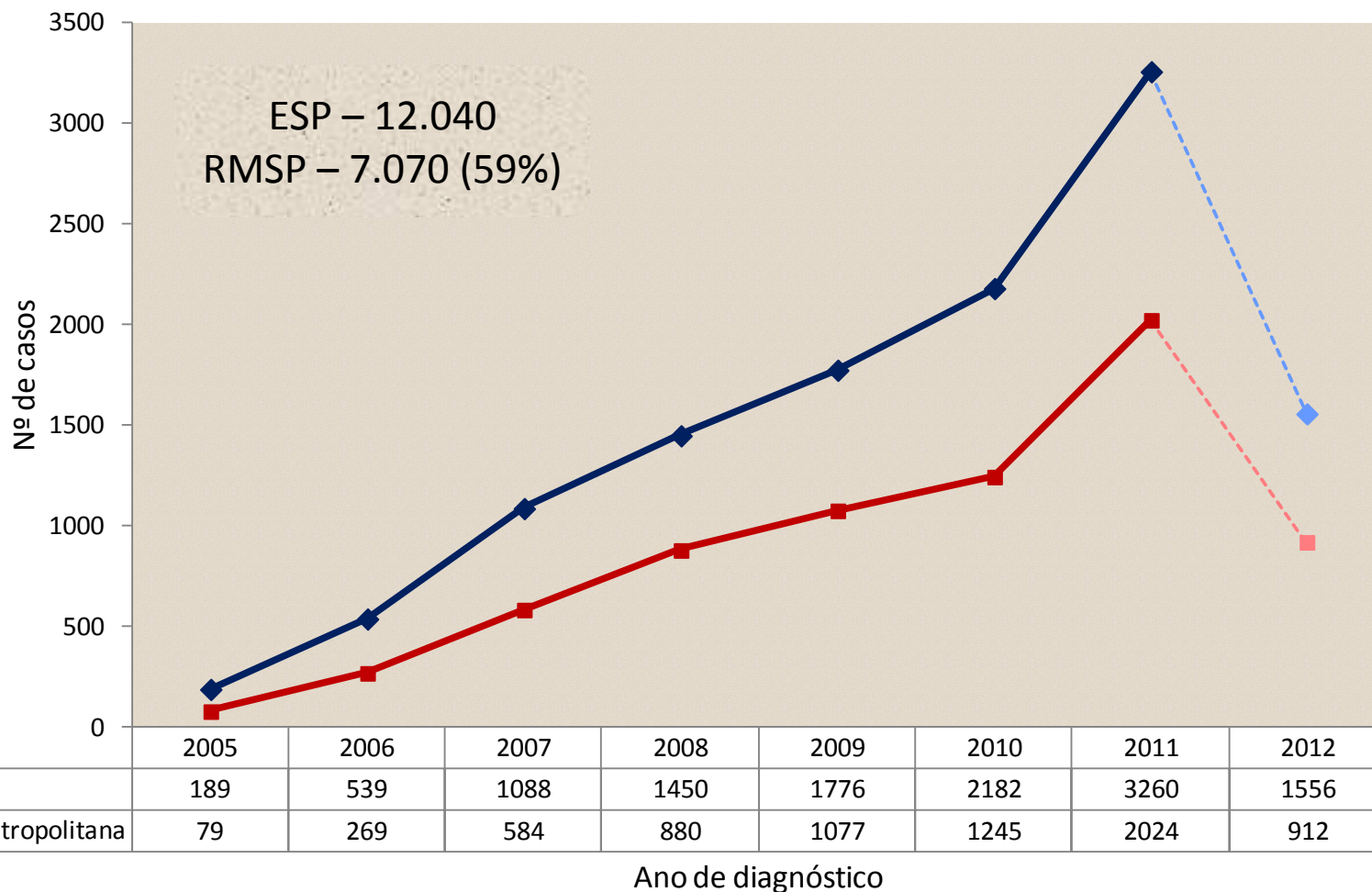
Sífilis no Brasil:dados de pré-natal

% gestantes em pré-natal: 96,5%
6 ou + consultas: 60,3%
1 teste VDRL: 75,1%
2 testes VDRL: 16,9%

Szwarcwald CL , Estudo Sentinela-
Parturiente no Brasil. 2006.

Adap.: Eduardo Oliveira

Figura 1 - Casos de gestantes com sífilis segundo ano de diagnóstico, Região Metropolitana e estado de São Paulo, 2005 a 2012*

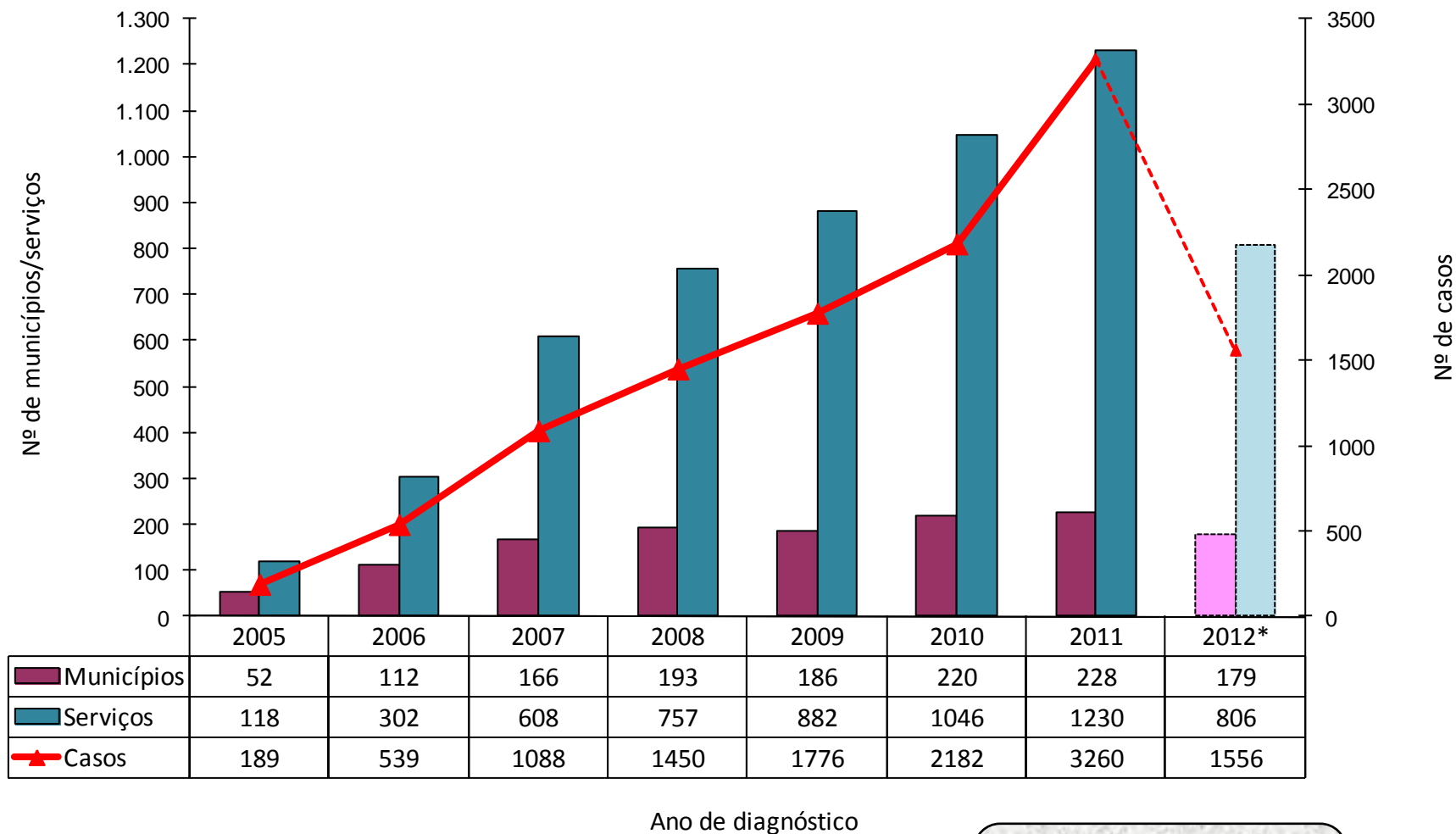


Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP

* Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão mensal

2007 -2011
 ESP - ↑ 3 vezes
 RMSP – ↑ 3,5 vezes

Figura 3 – Casos de gestantes com sífilis, segundo municípios e serviços de notificação, por ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2005 a 2012*

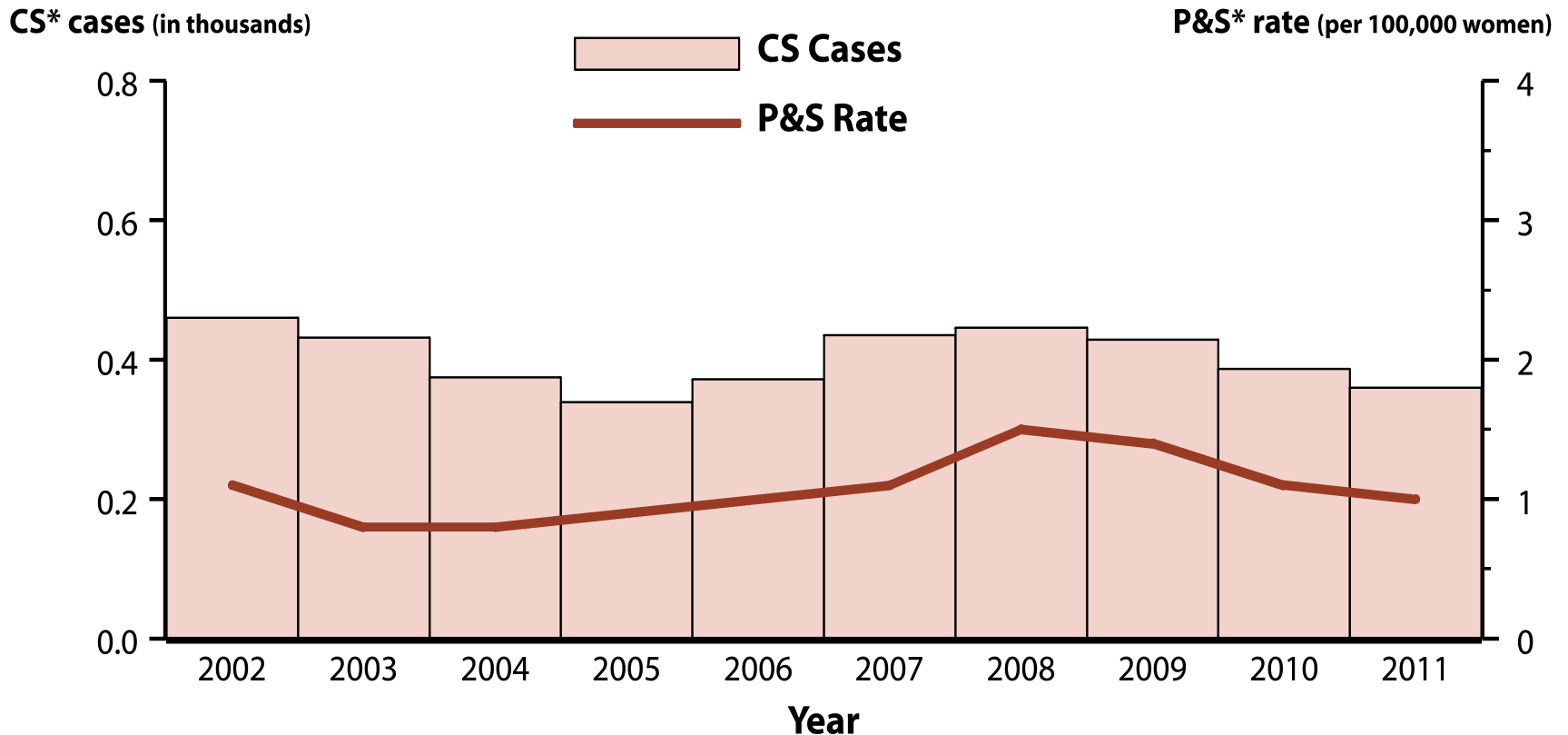


Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP

* Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão mensal

**2011 - 35% dos
mun. ESP**

Congenital Syphilis—Reported Cases Among Infants by Year of Birth and Rates of Primary and Secondary Syphilis Among Women, United States, 2002—2011



* CS=congenital syphilis; P&S=primary and secondary syphilis.



Magnitude da Sífilis Congênita

130 milhões de nascimentos/mundo



8 milhões = óbitos antes de 1 ano de vida



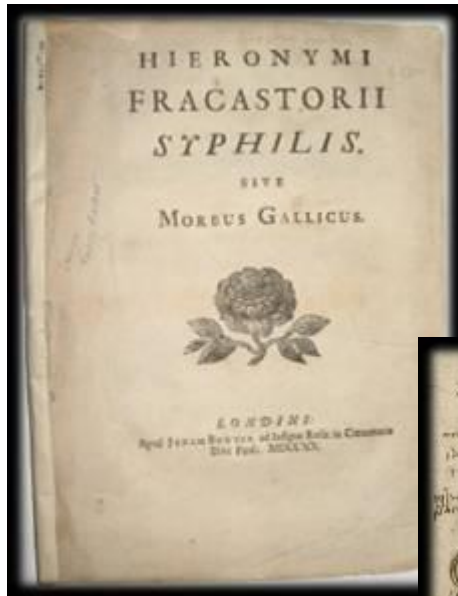
3 milhões = óbitos na 1ª. semana de vida

3,3 milhões = natimortos



26%: CAUSA = SÍFILIS

Sífilis, Avariose, Lues , Venéreo



Em 1530
'Syphilis sive morbus gallicus'
("Sífilis ou a Doença Francesa")

Girolamo Fracastorii
(Verona, 1478 -1553)

História da Sífilis

Século XV: registro de casos na Europa

Século XVII: reconhecida a transmissão sexual

1767: John Hunter: auto-inoculação – sífilis/gonorréia.

1838: Ricord: 2500 observações - estágios da Sífilis

1905: Schaudinn e Hoffmann: agente causal - *Treponema pallidum*

1906: Wassermann: teste diagnóstico

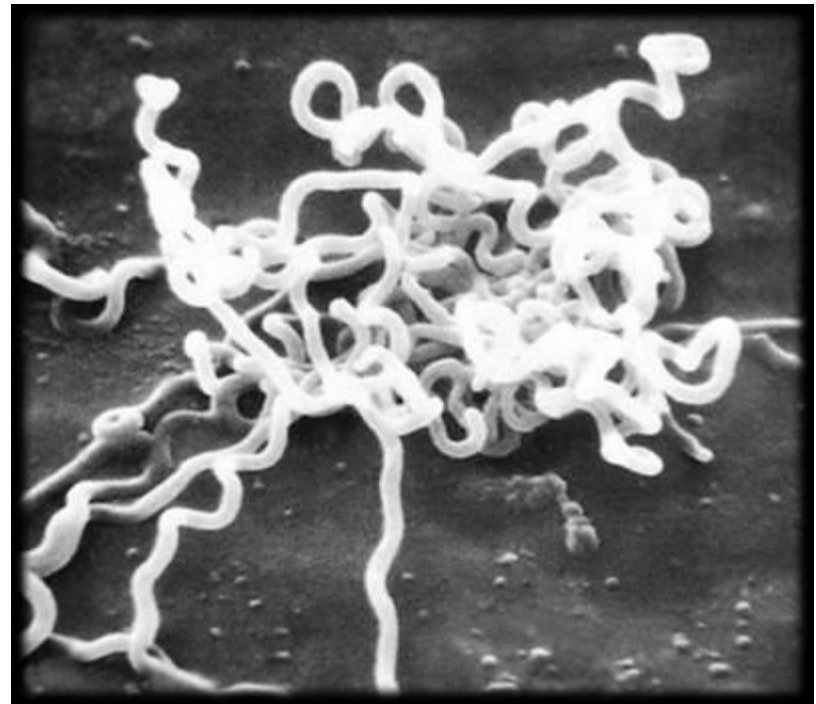
1940: 75/100.000 hab. casos de Sífilis no mundo

1950: Descoberta da Penicilina. (queda para 4/100.000 hab.)

1980: Com a mudança do comportamento sexual volta a crescer o número de casos

Sífilis Congênita

Agente Etiológico



Treponema pallidum : forma de espiral e mobilidade em “saca rolhas”

Agente etiológico

- A sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum subsp pallidum*,

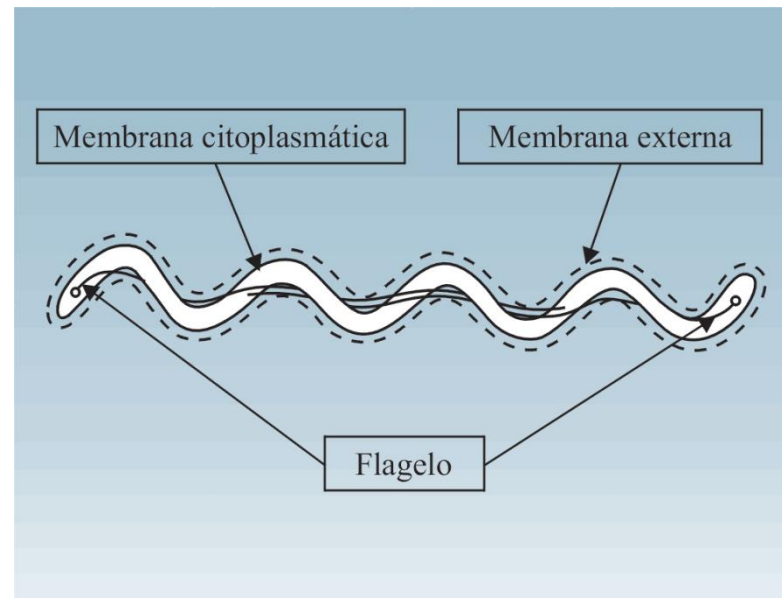


FIGURA 1: *Treponema pallidum*: desenho esquemático. In: Trabulsi. Microbiologia

Etiopatogenia

- A penetração do treponema é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual.
- O treponema atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo.
- A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação.

Transmissão

- Via sexual (sífilis adquirida)
- Verticalmente (sífilis congênita)
 - transplacentária
- Contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais.
 - responsável por 95% dos casos de sífilis.
- via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sangüínea.
 - mais raras



Figura 2: casal

Sífilis primária

- Lesão característica: protossifiloma ou cancro duro.
- Localiza-se na maioria dos casos (95%) na genitália ou adjacências.

Úlcera
redonda

indolor

superfície
limpa

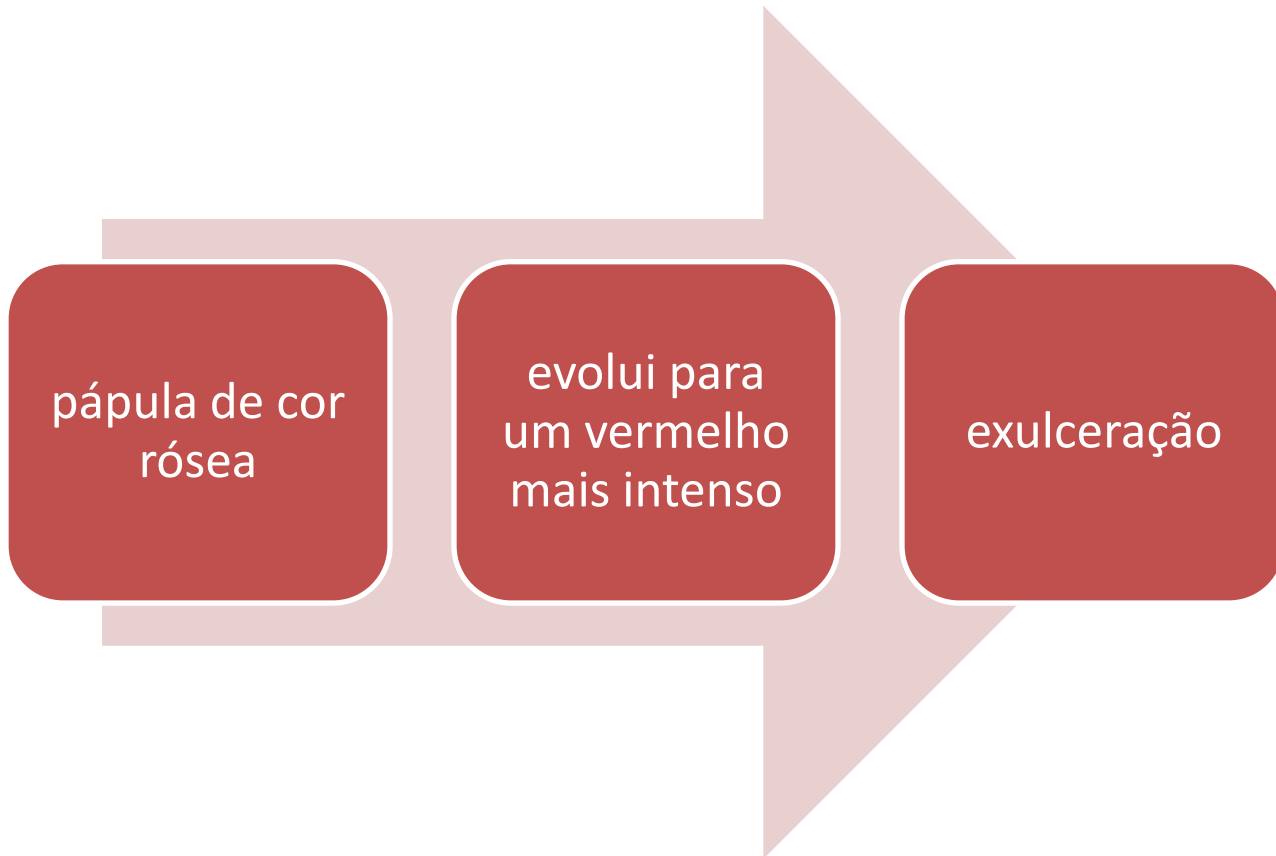
firme à
palpação

Recoberto por
material
seroso

Base lisa e
amarelada

Sífilis primária

- Cancro duro surge no local da inoculação em média três semanas após a infecção.



- No homem é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral.
- Na mulher é mais freqüente nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino.
- O cancro regride espontaneamente em período que varia de quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz.

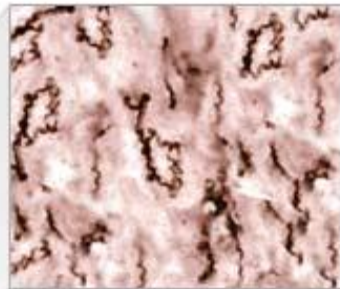
Assintomático, muitas vezes não é referido.



FIGURAS 3e 4: Sífilis primária – cancro duro



Llaga abierta
o chancro



Bacteria
Treponema pallidum

Sífilis Secundária

2 a 6 semanas após o cancro primário

Condiloma lato ou plano

Máculas eritematosas, pápulas, pústulas (sífilides)

Alopécia areata

Áreas cutâneas despigmentadas (leucoderma sífilítico)

Testes treponêmicos específicos e inespecíficos positivos

Sífilis Latente

Não existe sinal externo de infecção

Testes sorológicos positivos

30% dos casos – cura espontânea

30% dos casos – sífilis persiste latente

40% dos casos evolui para terciária

Figura 8: Exantema sifilítico em tronco.



Figura 3:
Exantema
sifilítico:
lesões eritê-
mato-papu-
losas
dissemi-
nadas no
tronco

Figura 9: Roséola sifilítica em face e lábios.



Sífilis terciária

- Os pacientes nessa fase desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso.
 - Formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas.

As lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas bem marcadas, policíclicas ou formando segmentos de círculos destrutivas.



FIGURA 10: Sífilis terciária

Sífilis terciária

- Sistema cardiovascular:
- Mais comum é a aortite (70%), principalmente aorta ascendente, e na maioria dos casos é assintomática.
- As principais complicações da aortite são o aneurisma, a insuficiência da válvula aórtica e a estenose do óstio da coronária.

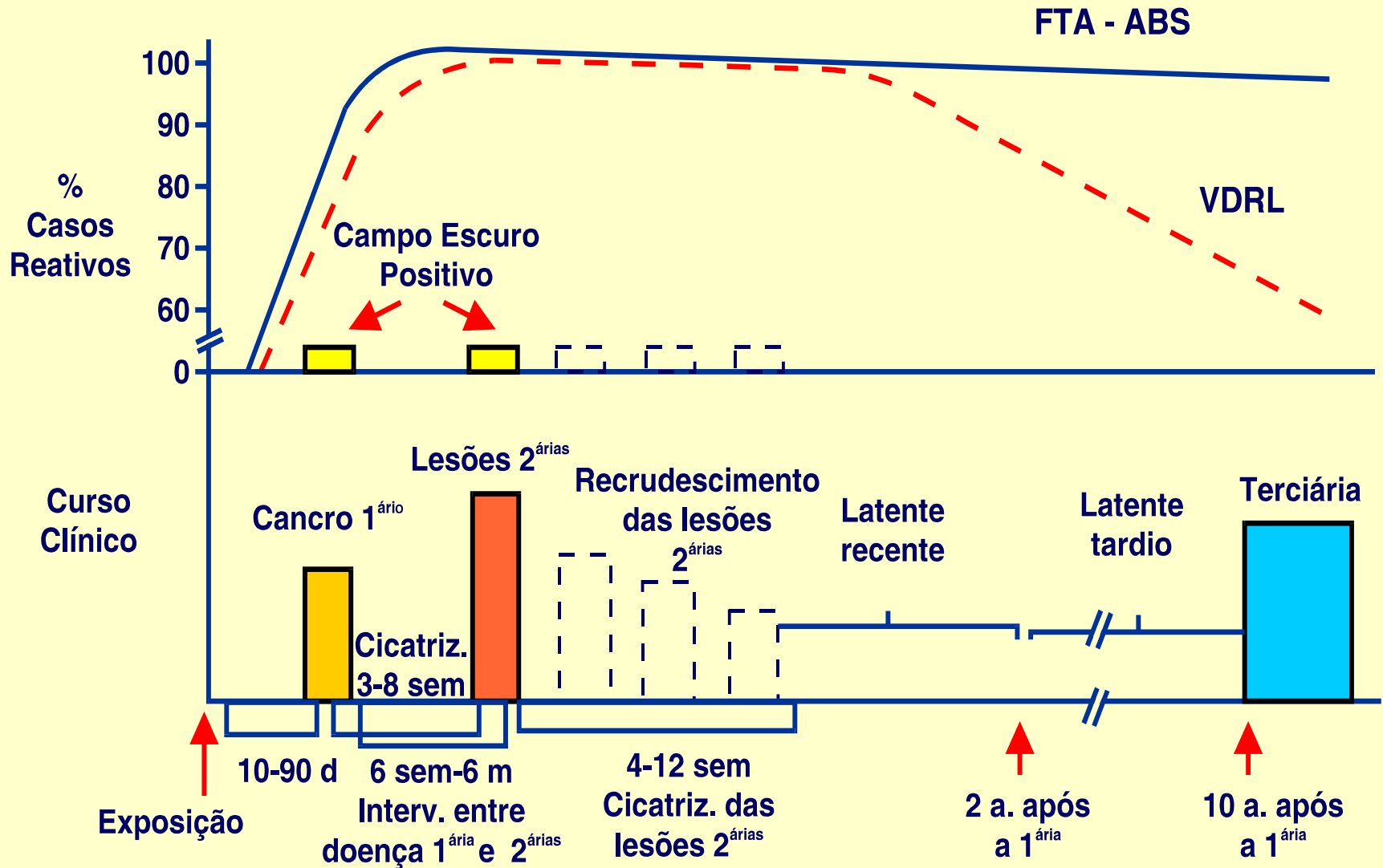
- Lesões oftalmológicas:
- Atrofia do nervo óptico e alterações pupilares.

Neurossífilis

Tabela 2 - Classificação da neurossífilis (5).

Assintomática	Meníngea	Parenquimatosa	Gomatososa
Precoce	Meningite sífilítica aguda	Paralisia geral	Cerebral
Tardia	Meningovascular	Tabes <i>dorsalis</i>	Espinal
	Cerebral	Paresia tabética (mista)	
	Espinal	Atrofia óptica	

Curso da Sífilis não tratada



Sífilis - Diagnóstico laboratorial

PROVAS DIRETAS:

- ✓ Demonstram a presença do *T. pallidum* - são definitivas
- ✓ Indicadas na sífilis primária e secundária (em lesões bolhosas, placas mucosas e condilomas planos)

Sífilis – Diagnóstico laboratorial

1. EXAME EM CAMPO ESCURO - teste de baixo custo e definitivo:
 - Sensibilidade - 74 a 86%;
 - Especificidade - 97% dependendo da experiência do avaliador

Sífilis – Diagnóstico laboratorial

PROVAS SOROLÓGICAS

Não Treponêmicas: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) RPR (Rapid Plasm Reagin) - triagem e monitoramento do tratamento

Podem estar negativas na sífilis primária e latente tardia

Falso positivas - transitórias: malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, tuberculose e outras

- **persistentes:** (além de 6 meses): hanseníase virchowiana e doenças auto-imunes, como lúpus

Falso negativas - sífilis 2^a. (1% a 2%) decorrem do excesso de anticorpos (efeito prozona)

Sífilis – Diagnóstico laboratorial

PROVAS SOROLÓGICAS

Testes Treponêmicos:

- ✓ Positivam mais cedo
 - ✓ 85% de pac. tratados, ficam reativos por anos ou toda vida
 - FTA-abs - rápida execução, necessita microscópio fluorescente
 - TPHA e MHA-TP - Hemoaglutinação passiva de eritrócitos sensibilizados de ovelhas
 - na sífilis não tratada tem sensibilidade igual ao FTA-abs
- ELISA (Imunoensaio enzimático quimioluminescencia).
Automatizado e apresenta leitura objetiva dos resultados

Tratamento

QUADRO 2: Esquema de tratamento da sífilis

Sífilis recente: sífilis primária

Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única

Sífilis recente: sífilis secundária ou latente recente (com menos de um ano)

Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI

Sífilis tardia: sífilis terciária, sífilis latente tardia (com mais de um ano) e sífilis latente de tempo desconhecido

Penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI

Fonte: Guia de controle das DST. Brasília: MS/PN de DST/Aids, 1999



Figura 15: Penicilina G Benzatina

Sífilis - Aspectos clínico-evolutivos

Penicilina



Diário Oficial da União - Seção

Seção 1 - Nº 15, sexta-feira, 20 de janeiro de 2006

PORTARIA No- 156, DE 19 DE JANEIRO DE 2006

Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção
básica à saúde e nas demais unidades do
Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 3º Determinar que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.

Sífilis - Alergia à penicilina

- ✓ Em sua maioria de natureza benigna
- ✓ Anafilaxia - 10 e 40 por 100.000 aplicações com dois óbitos por 100.000

Na impossibilidade, utilizar drogas alternativas:

Doxiciclina 100mg, 12/12hs; Tetraciclina ou Eritromicina (estearato) 500mg, 6/6hs, por 15 dias na sífilis recente e 30 dias na tardia. O bebê deverá ser tratado.

Penicilina - única droga eficaz para gestantes

Grávidas, comprovadamente, alérgicas à penicilina deverão ser dessensibilizadas

Reações de Hipersensibilidade

- Ocorre em 0,7% a 10% dos pacientes tratados
- Choque anafilático - 0,004% a 0,04% dos casos
- Óbitos – 1 a 2/100.000 pacientes tratados
- Reação cruzada com as outras penicilinas e cefalosporinas (5 a 10% pacientes)
- Maior propensão em pacientes com história de alergia a outros medicamentos
- 30% a 50% das histórias de alergia a penicilina necessitam ser verificadas

Sífilis - REAÇÃO DE JARISH-HEXHEIMER

Atribuída a antígenos lipoprotéicos da parede do *T. pallidum* liberados após a morte dos treponemas

- ✓ Exacerbação das lesões, sintomatologia (febre, calafrios, cefaléia, mialgias, artralguas)
- ✓ 4 a 12 horas após a aplicação
- ✓ Pode ocorrer em todos estágios da sífilis:
 - ✓ - varia de 30% a 70% na sífilis primária e secundária, regride de 6 a 12 horas

SÍFILIS CONGÊNITA - PATOGENIA

- É o resultado da disseminação hematogênica *Treponema pallidum* da gestante infectada para o conceito por via transplacentária.
- 70-100% nas fases primária e secundária,
- 40% na fase latente recente e
- 10% na latente tardia.
- Cerca de 40% das gestantes com sífilis não tratada leva à morte perinatal

Manifestações clínicas da sífilis recente (até 2 anos de idade)

Até 70% dos casos assintomáticos

- **Mais freqüentes:**

- Prematuridade
- Baixo peso
- Osteocondrite/ periostite
- Rinite/coriza
- Rash maculo-papular
- Anemia
- Hepato-esplenomegalia
- Febre

- **Menos freqüentes:**

- Linfadenopatia
 - Meningite asséptica
 - Sífilis meningovascular
 - Pseudoparalisia
 - Nefropatia
 - Pneumonite
 - Ascite



Sífilis congênita tardia: maiores de 2 anos

■ Mais comuns

- Anormalidades dentárias
- Desenvolvimento pobre de maxila
- Palato em ogiva
- Nariz em sela
- Fronte olímpica
- Ceratite intersticial



■ Menos comuns

- Tíbia em sabre
- Rágades (fissuras periorais e perinasais)
- Surdez
- Retardo mental
- Hidrocefalia
- Escápula em clarão
- Articulações de Clutton (efusão de joelhos)

SÍFILIS MATERNA NO PARTO (SHEFFIELD, 1999)

contato sexual

Conceptos Atingidos

3 sem.

sífilis primária

30%

3-6 sem.

sífilis secundária

60%

1-8 sem.

latência precoce

50%

1 ano

latência tardia

13%

décadas

sífilis terciária

13%

SÍFILIS CONGÊNITA

Exames Complementares

- **Pesquisa em campo escuro**
 - O treponema pode ser pesquisado em raspado de lesão mucosa ou cutânea ou no aspirado de punção de nódulo linfático satélite à lesão primária através de microscopia de campo escuro.
- **Testes sorológicos**
 - 1) Testes não treponêmicos (VDRL, RPR)
 - 2) Testes treponêmicos (FTA-Abs; TPHA; ELISA)

SÍFILIS CONGÊNITA

Exames Complementares

Interpretação:

- Resultados em títulos e é considerado positivo título $\geq 1/1$.
- O tratamento é considerado eficaz caso haja queda de 4 vezes os títulos durante o seguimento.
- Anticorpos (Ac) passivos (passagem transplacentária de anticorpos maternos): o RN não está infectado e os títulos devem diminuir e se negativar até os 3 meses de vida. Caso estes títulos permaneçam positivos após os 3 meses, o RN deve ser considerado infectado e tratado.
- Ac ativos (produzidos pelo RN infectado) : não se deve esperar resultado negativo logo após o tratamento e sim queda dos títulos.

SÍFILIS CONGÊNITA

Exames Complementares

■ **Radiografia de ossos longos**

- Acometimento de tíbia, fêmur e úmero por osteocondrite, osteíte e periostite - 70 a 90% dos casos sintomáticos.
- A incidência em recém-nascidos assintomáticos é de 4 a 20% - justifica a realização do exame para o diagnóstico.
- As anormalidades metafisárias (bandas translúcidas) são patognomônicas da infecção.
- A resolução das lesões se dá independentemente do tratamento dentro de três meses, o que justifica o não aparecimento de lesões nos recém-nascidos infectados, pela cura ainda durante a gestação.

SÍFILIS CONGÊNITA

Exames Complementares

■ **Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR)**

- Recomendado o estudo do LCR em todos os recém-nascidos incluídos na definição de caso.
- Aumento de células a custa de linfócitos
- Hiperproteíorraquia (> 100mg% até 28 dias de vida e 40 mg% após 28 dias)
- Glicose baixa
- VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticado como portador de neurosífilis, independentemente da presença de outras alterações líquóricas (assim, um exame do líquido normal não afasta o diagnóstico de neurosífilis).
- As alterações estão presentes em 8% das crianças assintomáticas e 86% das crianças sintomáticas.

SÍFILIS CONGÊNITA

Exames Complementares

Negativação dos títulos de pacientes infectados após tratamento	
1 ano	50%
2 anos	75%
2,5 anos	90%

SÍFILIS CONGÊNITA

Mães adequadamente tratadas

- Tratada com penicilina benzatina na dose adequada à fase da sífilis
- Tratamento realizado até 30 dias que antecederam o parto
- Realização de VDRL mensal após o tratamento
- Tratamento do parceiro concomitante ao da gestante.

Sífilis – Considerações relevantes

Manejo dos parceiros

A transmissão sexual do *Treponema* ocorre na presença de lesões muco-cutâneas, indivíduos expostos a sífilis em qualquer estágio devem ser avaliados clínica e laboratorialmente e tratados de acordo com as seguintes recomendações:

1. Recomenda-se oferecer sorologia para sífilis aos parceiros de gestantes, na 1ª. consulta do pré natal

SÍFILIS CONGÊNITA

*Tratamento do RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada,
independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido*

- Na impossibilidade de se realizar a análise líquórica, tratar como neurossífilis.

SÍFILIS CONGÊNITA

Tratamento do RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido

- **A – VDRL, Raio X de ossos longos, estudo do LCR (com pesquisa de VDRL), e outros exames dependendo da clínica apresentada pelo recém-nascido.**

- **A1** – se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, mas não liquóricas:
 - Penicilina Cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, EV, dividida em 2 doses (menos que 7 dias de vida) ou 3 vezes (se tiver mais de 7 dias), por 10 dias; ou
 - Penicilina G Procaína – 50.000 UI/Kg/dia, IM, por 10 dias;

- **A2** – se houver alteração liquórica:
 - Penicilina G Cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, EV, em 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida) ou 3 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 10 dias;

- **A3** – se não houver alterações clínicas, radiológicas e/ou liquóricas, e a sorologia for negativa no recém-nascido:
 - Penicilina G Benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg/dia.
 - O seguimento ambulatorial é obrigatório. Caso não seja possível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado como esquema A1.

Sífilis Congênita, um desafio para a saúde pública??

- ✓ A sífilis tem cura;
- ✓ A sífilis congênita pode ser evitada se a sífilis materna e de seu parceiro sexual for diagnosticada e tratada adequadamente;
- ✓ O não tratamento da sífilis durante a gestação pode acarretar o óbito fetal ou deixar sequelas (surdez, problemas neurológicos, má formação óssea...);
- ✓ O diagnóstico é de baixo custo;
- ✓ O tratamento (penicilina benzatina) é barato e está disponível para a rede pública de saúde.

Erradicação X Eliminação

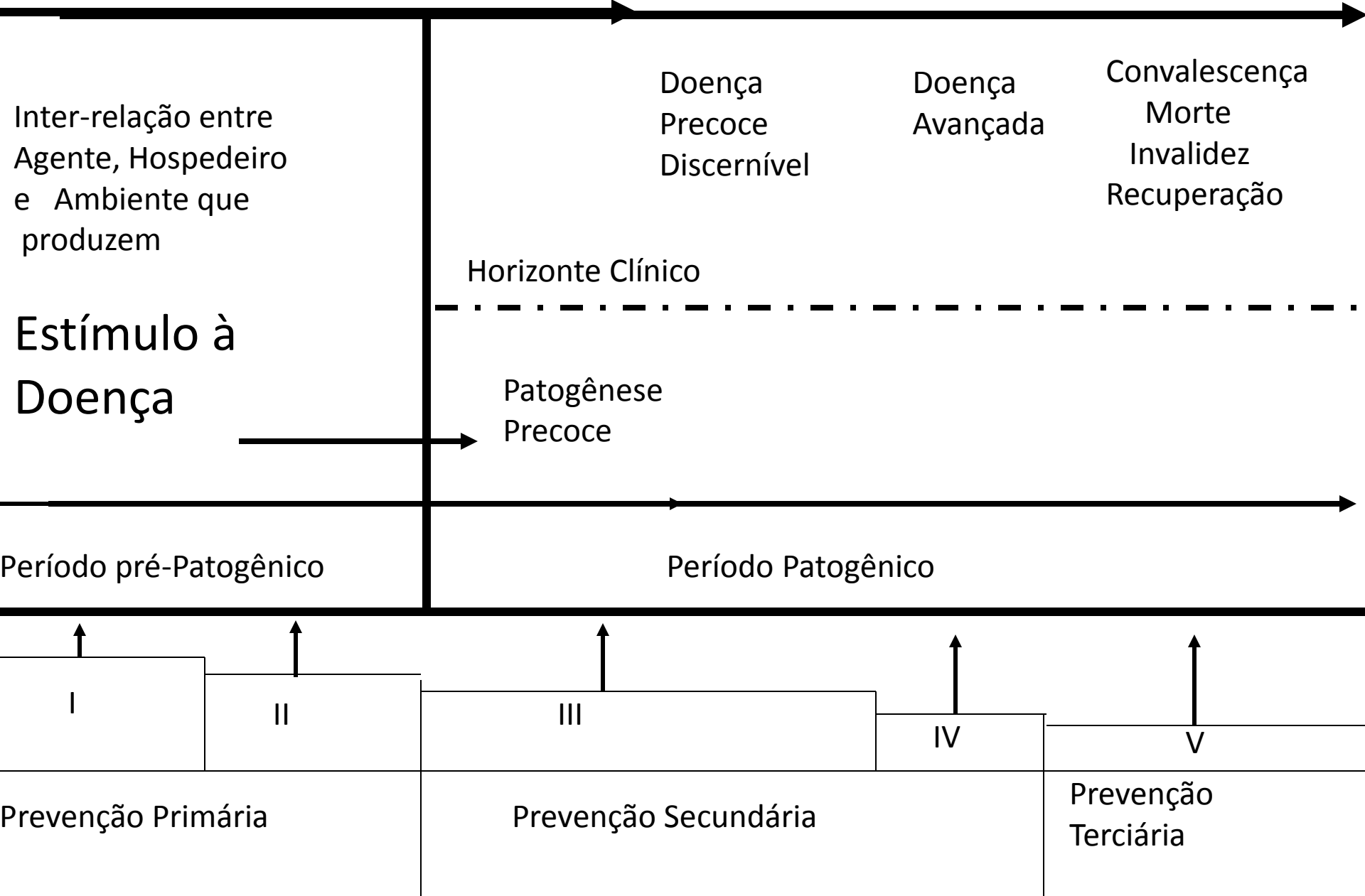


- Erradicação: “redução permanente a zero da ocorrência de uma doença no mundo”.
- Eliminação: “controlar manifestações da doença, de modo que esta não seja mais considerada um problema de saúde pública”

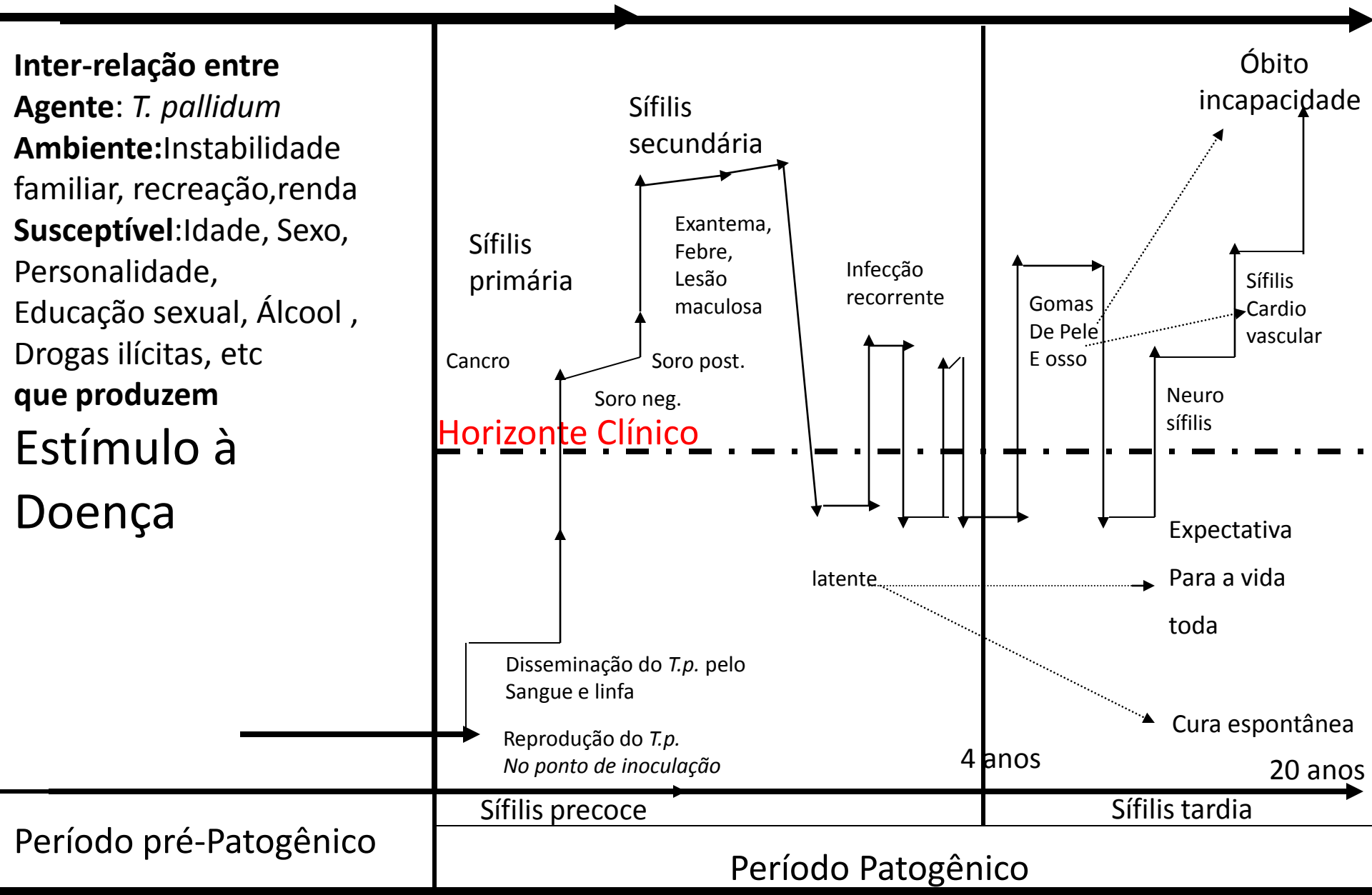
ou

- “redução a zero em determinada área geográfica, como resultado de esforços deliberados”

História Natural e Prevenção de Doenças



História Natural da Sífilis





A transmissão vertical do HIV e/ou da Sífilis deve ser considerada um ***evento sentinela***



Cada criança infectada por transmissão vertical pode representar uma ***falha na identificação da gestante infectada*** ou na aplicação das medidas profiláticas para diminuir a transmissão.

Fatores que contribuem para a persistência da sífilis congênita

- ✓ ***Falta de percepção*** dos formuladores de políticas, gerentes de programas, prestadores de serviços, técnicos e usuários sobre o problema da sífilis materna e congênita e as possíveis consequências;
- ✓ ***Barreiras de acesso*** aos serviços de controle pré-natal;
- ✓ ***Estigma e discriminação*** relacionados às infecções de transmissão sexual.



**ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO
VERTICAL DO
HIV E DA SÍFILIS:**

**COMPROMISSO
DE TODOS NÓS**

Definição OPS/OMS



Eliminação da TV do HIV:

2 crianças HIV+/100 mães soropositivas



Eliminação da Sífilis Congênita:

0,5 caso em 1.000 nascidos vivos

Oportunidades para se evitar a infecção vertical do HIV e da Sífilis

Proporção de mulheres. . .

- *infectadas*
- *gestantes*
 - *com pré-natal inadequado ou ausência de pré-natal*
 - *com não oferecimento da pesquisa do HIV e do Tp*
 - *que recusaram o teste*
 - *que não realizaram a profilaxia/terapia*
 - *que recusaram a profilaxia/terapia*
 - *que não completaram a profilaxia*
 - *com parceiro sexual não tratado*
 - *com criança infectada*



INVESTIGAÇÃO



DESAFIOS **SC**

✓ **Vontade política**

✓ **Pesquisar 100% das gestantes**

✓ **Definição de caso muito sensível**

✓ **VDRL: qualquer título reagente**

✓ **VDRL: 2 vezes na gestação e no momento do parto**

✓ **Diagnóstico e Tratamento na Atenção Básica**

✓ **Tratar o parceiro sexual**

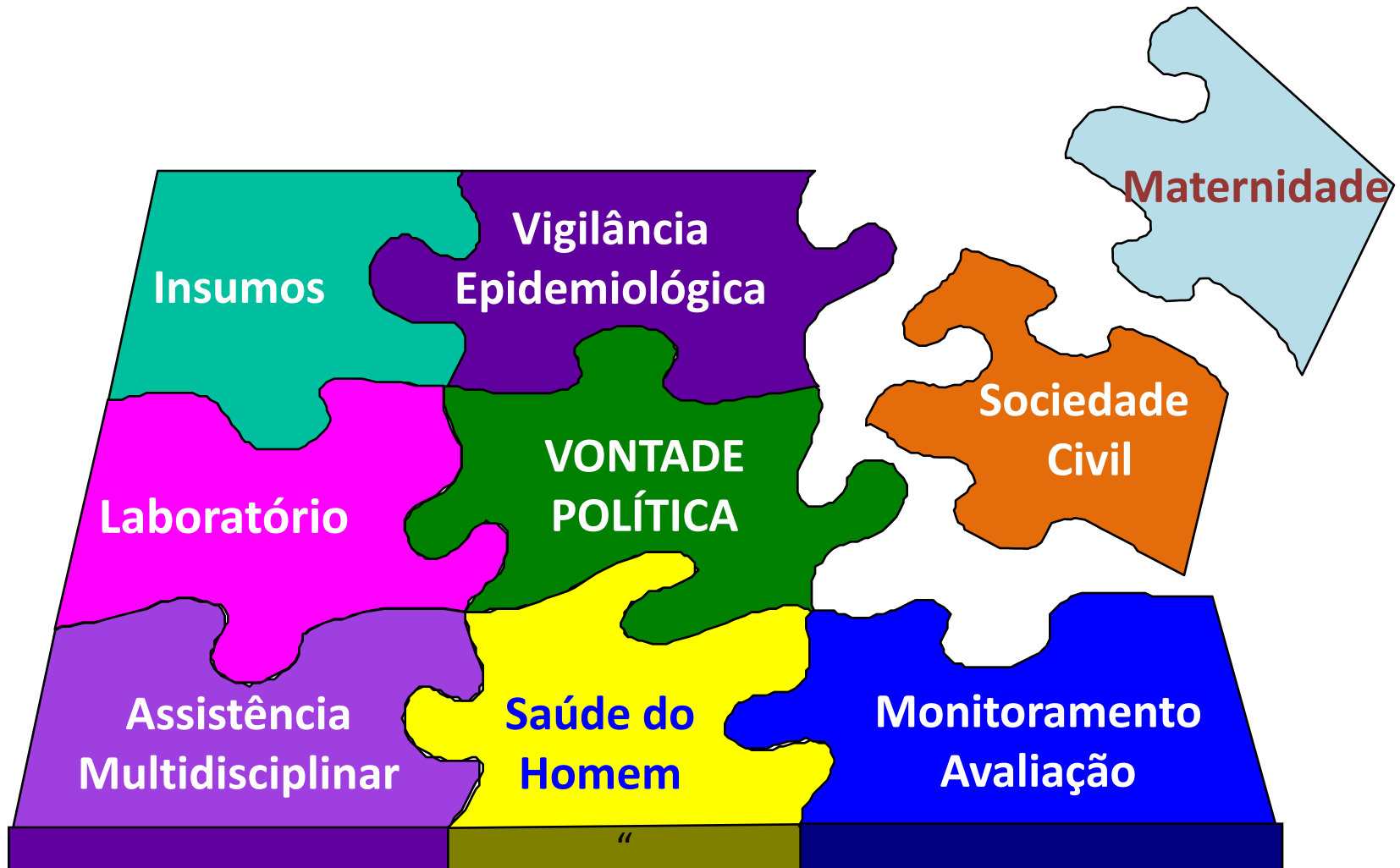
✓ **Sexo seguro**

✓ **Coleta de sangue periférico no RN**

✓ **Notificação – Monitoramento – Avaliação**

✓ **Prevenção - Informação**

"JUNTAR AS PEÇAS": Integrações necessárias



Nota Técnica CCD - 001/2007 - Nº 185 - DOE 29/09/07

Assunto: Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis



NOVO Portaria CCD 25 de 18-07-2011, - Nº 143, Seção I, p. 42, publicada no D.O.E. 30/07/2011.

Assunto: Padronização dos procedimentos laboratoriais para o diagnóstico sorológico da sífilis adquirida e congênita.

Nota Técnica CCD – DOE 01/10/09

Assunto: O uso da penicilina benzatina na Rede de Atenção Básica à Saúde e demais Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo

Por que o pré-natal do homem é importante? Estratégia para eliminação da TV – HIV/sífilis

DIÁRIO OFICIAL

29/10/2008 QUARTA-FEIRA

imprensaoficial

clipping



Diário Oficial

PODER
Executivo

Estado de São Paulo

José Serra - Governador SEÇÃO I

Palácio dos Bandeirantes Av. Morumbi 4.500 Morumbi São Paulo CEP 05650-000 Tel. 2193-8000
Volume 118 • Número 204 • São Paulo, quarta-feira, 29 de outubro de 2008 www.imprensaoficial.com.br

imprensaoficial

Maioria dos homens infectados com sífilis não procura tratamento correto

A grande maioria dos homens não procura tratamento para a sífilis, mesmo após a detecção da doença sexualmente transmissível pela parceira. Isso é o que mostra levantamento realizado com base nos registros do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids referentes ao período de 1998 a 2008.

Há 6.958 casos de sífilis congênita, ocorrência em que a doença é transmitida durante a gestação, da mãe para o filho. Desses, apenas 12,7% dos pais ou os parceiros sexuais das mães procuraram tratamento adequado para a doença.

Para atingir esse público, o CRT/Aids criou uma campanha composta por três tipos de cartazes que convidam os homens a fazer o teste de sífilis e a conhecer um pouco mais sobre a doença. Cerca de 50 mil deles serão afixados em unidades de serviços de saúde e em locais de grande circulação de pessoas por todo o Estado.

"A sífilis congênita é uma doença totalmente evitável. Por isso, é muito importante que o homem faça o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Desta forma, ele contribui para a não disseminação da doença entre suas par-

Levantamento é da Secretaria da Saúde, que inicia campanha de incentivo ao teste precoce da doença sexualmente transmissível



ceiras", afirma a coordenadora das ações para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, Luiza Matida.

Doença Infecciosa – A sífilis é uma doença infecciosa e sexualmente transmissível. É causada pela bactéria *Treponema pallidum* e

manifesta-se em três estágios. Nos dois primeiros, ocorrem as características mais marcantes da infecção: pequenas feridas nos órgãos sexuais (câncro duro) e linguas (caroços) nas virilhas. Esses sintomas costumam aparecer de duas a três semanas após a relação sexual desprotegida com pessoas infectadas e marcam o período em que a bactéria é altamente transmissível.

No terceiro dia, a doença aparentemente desaparece. Por longo período, a pessoa infectada não sente nada e apresenta cura das lesões iniciais, mesmo sem tratamento. Na verdade, a enfermidade fica estacionada por meses ou anos, até o momento em que surgem as complicações graves, como cegueira, paralisia, doença cerebral, problemas cardíacos, podendo inclusive levar a pessoa à morte.

A gravidez durante esse período pode causar a transmissão da sífilis para o bebê, que deve ser evitada com a realização de tratamento adequado durante o pré-natal. Em 40% dos casos em que não é feito, há abortamento. Nos demais, a criança costuma apresentar seqüelas como retardo mental, surdez e deficiência visual e dentária.

Da Assessoria de Imprensa da Secretaria da Saúde

DO – SP
Seção I
Vol.118, nº
204
20/10/2008

CREMESP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

13-03-2009

**CREMESP e CRT DST/Aids de SP fazem parceria para combater
sífilis congênita**

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo e a Coordenação do Programa Estadual
DST/Aids-SP uniram-se para o enfrentamento da Sífilis Congênita.



**Apenas 12,7% dos homens infectados procuram
tratamento contra sífilis em SP**

DIREXcoop – 0120/2009

São Paulo, 22 de julho de 2009.

Enviada: Médicos Cooperados Ginecologistas e Obstetras

Prezado Cooperado

Cumprindo nossa **Missão de promover soluções em saúde, sempre buscando a excelência, valorizando o trabalho do médico cooperado, atuaremos em conjunto com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, no sentido de obtermos a erradicação da sífilis congênita e a redução da transmissão vertical do HIV.**

Para tanto, estamos divulgando novamente as **recomendações técnicas contidas na Portaria nº 59, de 2003, do Ministério da Saúde que aborda os exames de rotina no acompanhamento pré natal, salientando a necessidade de solicitar VDRL e pesquisa de anticorpos para HIV no primeiro trimestre da gravidez e repeti-los no terceiro trimestre, pois o tratamento da sífilis e a administração de drogas antiretrovirais para gestantes com infecção por HIV reduzem a transmissão vertical destas doenças.**

Oriente suas pacientes a levarem à maternidade os resultados dos exames de **VDRL e HIV**, caso contrário os mesmos serão novamente realizados no momento da internação, gerando custos desnecessários à cooperativa.

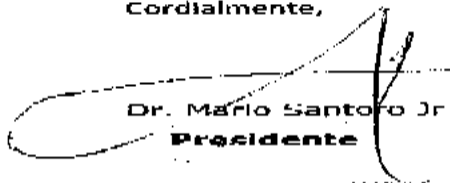
Reiteramos a importância da releitura das recomendações de exames de rotina no pré-natal (em anexo).

É também importante, ser preciso nas solicitações de exames evitando, por exemplo, solicitar "sorologia para hepatite", e sim o exame fundamental que é o **HBsAg**, o mesmo ocorrendo quando das solicitações de ultra-sonografias.

Temos a certeza de que com o seu **envolvimento efetivo**, a Unimed Paulistana continuará a prestar um atendimento de qualidade aos clientes, **nosso maior patrimônio** - e em consequência, todos nós cooperados passaremos a usufruir dos resultados obtidos.

Estamos à disposição para receber sugestões.

Cordialmente,


Dr. Mario Santoro Jr.
Presidente

ANS - nº 301337


Dra. Ana Regina C. Vlajnic
Diretora Secretária



Administração

Tel: 11-3113.1100 - Fax: 11-3104.1666


Dr. José R. Gallo Ferreira
Diretor Financeiro

Comercial

Tel: 11-3113.3001 - Fax: 11-3104.8973



GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA AS AÇÕES DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

2010
2012

2012

Utilização de Testes Rápidos para a Triagem da Sífilis em Situações Especiais

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Programa Estadual DST/Aids-SP
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

2012



Você pode proteger mais do que as suas mãos alcançam.
Faça marcação cerrada e cuide da sua saúde.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser evitada com o uso da camisinha.

A sífilis se contrai antes da cura.

O tratamento é simples e impede a contaminação da sua parceira.

Previnha-se e jogue no time da saúde.

Consulte o serviço de saúde e comemore a vitória de uma vida repleta de saúde.



Seu filho é sua maior vitória.
Comemore a saúde dele.

Durante a gravidez, a saúde do seu filho pode ser afetada pela Sífilis, que é uma doença sexualmente transmissível.

Cuide da vida do seu filho. Mantenha presença no posto de saúde e faça os exames.

O tratamento é fácil, rápido e garante a chegada de seu maior campeão.

Mais informações no site www.ctsaude.sp.gov.br



**Seu filho espera
uma vida saudável.**

Faça o tratamento da sífilis e garanta o nascimento de quem você ama.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode até provocar a morte do seu bebê.

O tratamento é simples e deve ser feito por você e seu parceiro.

Faça os exames e cuide de quem mais precisa da sua atenção.

Se diagnosticada cedo, a sífilis tem cura.

Mais informações no site www.ctsaude.sp.gov.br

Folder e cartazes destinados à população de gestantes e seus parceiros sexuais

Medidas de Controle da SC

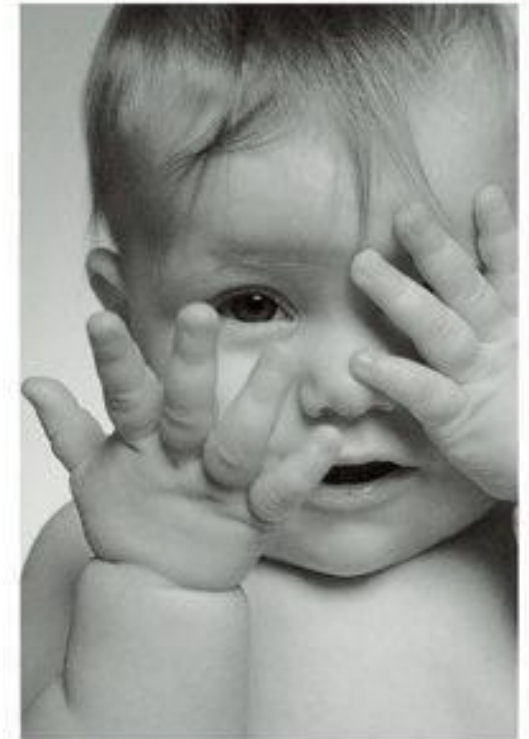
	Antes da gestação	No pré-natal	Na admissão para o parto
AÇÕES	VDRL na consulta ginecológica, preventivo	Captação precoce	VDRL todas as parturientes
	Planejamento familiar	VDRL na primeira consulta e 30a. Sem.	Tratamento casos identificados + parceiro
	Pré-nupcial	Tratamento dos casos diagnosticados + parceiro	Avaliação e tratamento do RN
	Presença de DST ou contactante	Seguimento mensal	Seguimento puerpério

A Transmissão Vertical da Sífilis é 100% prevenível !!

A Transmissão Vertical do HIV é 98% prevenível !!

- As medidas de prevenção e controle da transmissão vertical da Sífilis estão disponíveis (Consensos, Recomendações, Insumos) e devem ser implantadas, implementadas de acordo com as condições locais para assegurar **resultados efetivos e sustentáveis**.

Necessidade: Integração entre as áreas



Ações para gerar IMPACTO:



- **Interface** com: Área da Mulher, Materno-Infantil, Assistência Básica à Saúde, PACS/PSF, Laboratório, Sociedade Civil Organizada; Órgãos Formadores;
- Oferecer um **pré-natal** precoce e com **qualidade**;
- **Detecção precoce**: disponibilizar uma ágil pesquisa diagnóstica laboratorial com **aconselhamento**;
- Disponibilizar **medicamentos**;
- Acessar **parceiro sexual**;
- **Informar sempre sobre prevenção e controle.**

Metas do Milênio – Organização Mundial da Saúde



Meta 4: REDUZIR MORTALIDADE INFANTIL

Target 1:

Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate



META 5: IMPLEMENTAR SAÚDE MATERNA

Target 1:

Reduce by three quarters the maternal mortality ratio

Target 2:

Achieve universal access to reproductive health



META 6: COMBATER HIV/AIDS, MALÁRIA & OUTRAS DOENÇAS

Target 1:

Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS

Target 2:

Achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it

HIV / AIDS

PACTO DA SAÚDE

Prioridades do pacto pela vida

Prioridade III: Redução da mortalidade infantil e materna

Para 2011, o estado de São Paulo pactuou o aumento da notificação de casos de sífilis congênita

Em 2011 é proposto o “Protocolo de investigação de casos notificados de Sífilis Congênita”. Formação dos Comitês de Investigação

Atuais Desafios Presentes no SUS em SP Relacionados à Atenção da Gestante e da Puérpera

- Integralidade da assistência
- Mortalidade e morbidade materna
- Qualidade do pré natal
- Atenção ao parto

ELIMINAÇÃO.....SONHO ??
NÃO !!! REALIDADE !!!

